

POLYLOGE

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

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

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

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

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

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

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

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

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 13/2014

Theorie und Praxis Differentieller und integrativer niedrigschwelliger Arbeit (DINA) – die „engagierte Perspektive“ Integrativer Suchthilfe

*Andreas Hecht, Hilarion Petzold, Wolfgang Scheiblich **

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

Inhalt:

- 1. Einleitung: Prekarität dulden oder als kompetente Helfer „dazwischen gehen“ und „engagiert handeln“?**
 - 1.1 Multipel-pathogene „Minusmilieus“ als Ausgangslage maligner Ökologisation**
 - 1.2 Pragmatische Überlegungen zu einem melioristischen und kritisch reflektierten Altruismus**
- 2. Geschichtliche Entwicklung**
- 3. Arbeitsansätze und Begriffe**
 - 3.1 Schadensminimierung, Risikominderung, Harm Reduction**
 - 3.2 Akzeptierende Drogenarbeit**
 - 3.3 Differentielle und integrative niedrigschwellige Arbeit (DINA)**
- 4. Ausgangslage und Grundbedingungen in den Angeboten Differenzieller und integrativer niedrigschwelliger Arbeit**
 - 4.1 Probleme der Marginalisierung – prekäre Exklusionen**
 - 4.2 Informierter Leib in Kontext/Kontinuum und negative Interiorisierungen**
 - 4.3 Die „empathischen Grundfunktionen“ und Modalitäten der Relationalität**
- 5. Kollektive mentale Repräsentationen im „Verbundsystem“ – Aufgaben niedrigschwelliger Hilfsangebote**
 - 5.1 Antworten für die Gegenwart und für die Zukunft**
 - 5.2 Annehmen: Angrenzen und Abgrenzen**
 - 5.3 Not lindern und das Provisorium betonen**
 - 5.4 Anwaltschaft für die Betroffenen und für die Gesellschaft**
 - 5.5 Selbstverständnis als Teil eines Netzwerkes – Konvivialitätszusage**
- 6. Die grundlegenden „Säulen“ niedrigschwelliger Hilfen**
 - 6.1 Zurverfügungstellung eines „Konvivialitätsraumes“ als geregelten Ruhe-, Schutz- und Kulturraum**
 - 6.1.1 Regeln**
 - 6.1.2 Ruhe**
 - 6.2 Schutz**
 - 6.2.1 „Shielding-Funktion“, die Schutzschildfunktion**
 - 6.2.2 „Buffering-Funktion“, das Abpuffern von psychischen Belastungen und bei traumatischem Stress**
 - 6.2.3 „Inklusions-Funktion“, Schutz und Trutz gegenüber der Ausgrenzung**
 - 6.3 Kulturelles Milieu**

6.4 Grundversorgung und Basishilfen

6.5 Professioneller Kontakt, Information und Beratung

6.6 Niedrigschwellige Hilfen als protektive Faktoren im Netzwerk Drogenabhängiger

6.7 Ergänzende Hilfen

6.7.1 Drogenkonsumraum

6.7.2 Aufsuchende Arbeit

6.7.3 Niedrigschwellige psychosoziale Begleitung von Substituierten

6.7.4 Angehörigenarbeit

6.7.5 Genderspezifische Angebote

7. Differenzierung der Methodenansätze und ihre Einordnung in das Hilfesystem

7.1 Begleitung

7.2 Beratung

7.3 Betreuung

7.4 Behandlung

7.5 Das Konzept der „Relationalität“ – Bezogenheit im Hilfeverbund

7.6 Umgesetzte Intersubjektivität

8. Um abzuschließen – Bindung zum Mitmenschen: eine strukturelle Grundbedingung des Menschlichen

1. Einleitung: Prekarität dulden oder als kompetente Helfer „dazwischen gehen“ und „engagiert handeln“?

Der vorliegende Beitrag wird vor dem Hintergrund langjähriger niedrigschwelliger Arbeit der Autoren in verschiedenen Einrichtungen, insbesondere des Verbundsystems des SKM Köln, geschrieben, wo *Andreas Hecht* als Leiter der niedrigschwelligen Angebote, *Wolfgang Scheiblich* als Gesamtleiter der Einrichtungen und Maßnahmen und *Hilarion Petzold* als Supervisor der niedrigschwelligen Teams und als wissenschaftlicher Berater tätig sind und gemeinsam mit den MitarbeiterInnen die hier beschriebenen Praxisformen der Differentiellen und integrativen niedrigschwelligen Arbeit (**DINA**) in diesem Verbundsystem – wir haben es an anderer Stelle ausführlich beschrieben (*Scheiblich, Petzold* 2006) – entwickelt haben, wobei der Seniorautor dieses Beitrages schon Ende der sechziger Jahre im niedrigschwelligen Bereich der Drogenarbeit mit einer solchen Orientierung tätig war (*Petzold* 1969c, 1971c, 1974l). Da nämlich, in den Milieus der Niedrigschwelligkeit, ist der Ort, wo die „Drogenabhängigkeit als kompulsives Suchtverhalten“ in maroden und devianten Kontexten ihren Ursprung hat, der nie allein oder auch dominant allein bei den Menschen liegt, die süchtig werden, sondern bei den Lebensumständen **und** ihrer Geschichte, **bei prekären Lebenszusammenhängen**, in denen sie leben mussten und müssen und an denen sie scheiterten.

Diese Perspektive durchzieht den gesamten Beitrag. Es ist die Perspektive einer „**engagierten Professionalität**“, die wir im Integrativen Ansatz vertreten¹, und es ist die Position einer „**eingreifenden Wissenschaft**“², zu der *Pierre Bourdieu* aufgerufen hat³, um sich gegen das „Elend der Welt“ zu stemmen, Gegenfeuer anzuzünden (*Bourdieu* 1993, 1998). Fürst *Pjotr Kropotkin* (1901) hat mit seinem engagierten Leben und seiner wissenschaftlichen Arbeit gezeigt: Wir können einander helfen!⁴ *Henry Dunant* (1862), hat durch sein praktisches Beispringen in der Schlacht von Solferino demonstriert, was man tun kann. Er hat 97 Millionen ehrenamtliche Helfer in dem von ihm gegründeten „Roten Kreuz“, der größten säkularen Hilfsorganisation der Menschheitsgeschichte (*Giampiccoli* 2009; *Petzold, Sieper* 2011), überzeugt, sich für andere zu engagieren. Das steht klar gegen die Position *Freuds*, des Vaters der Psychoanalyse (*Leitner, Petzold* 2009), und seiner Abwertung mitmenschlicher Hilfeleistung auf dem Boden seiner pessimistischen Anthropologie⁵, und das steht auch gegen die Warnung vor den Helfern⁶ durch *Fritz Perls*, Begründer der Gestalttherapie, mit seiner Doktrin der Selbstzentriertheit⁷. Im Integrativen Ansatz wird dagegen dezidiert die Position eines kritisch reflektierten, aber offensiv vertretenen engagierten Altruismus eingenommen (*Petzold, Orth*

¹ *Leitner, Petzold* 2005, 2010; *Sieper et al.* 2010.

² *Leitner* 2000; *Sieper, Petzold* 2001c.

³ *Rehbein et al.* 2003; *Schultheis* 2007.

⁴ *Bolz* 2003; *Hug* 1998.

⁵ *Freud* erwähnt den Begriff Altruismus etwa zehnmal in seinem Werk – im Wesentlichen als durch den „äußeren Zwang“ von gesellschaftlichen Einflüssen auf den Menschen erfolgte prekäre Adaption, bei der jederzeit – bei allen Menschen – die primitive Destruktivität hervorbrechen kann (*Freud* 1915, StA IX, 38ff). Die Möglichkeit einer positiven Sicht findet sich bei *Freud* nicht – eine in dieser generalisierten anthropologischen Negativität problematische Annahme.

⁶ „... beware of any helpers. Helpers are con-men who promise something for nothing. They spoil you and keep you dependent and immature.“ *Friedrich. S. Perls* (1969b): In and Out the Garbage Pail.

⁷ Wie sie besonders im sogenannten „Gestaltgebet“, seinem „Ich bin Ich ... wenn wir uns treffen, schön, wenn nicht, it can't behelped“ (*Perls* 1969a) zum Ausdruck kommt. Vgl. *Petzold* 2007j.

2013a; *Petzold, Sieper* 2011). In den Feldern und Disziplinen der Hilfeleistung finden sich viele solcher diskussionsbedürftiger Ideologien. Deshalb muss man seine Positionen solide begründen, denn ideologiefrei kann man nicht arbeiten (*Petzold, Orth* 1999, 126ff). Unsere Position in dieser Arbeit ist zweifelsohne eine für unsere KlientInnen und PatientInnen engagierte, das sei klar herausgestellt (*Hecht* 2002; *Petzold et. al.* 1999; *Scheiblich* 1999), und ihre Darstellungsform und Argumentationslinien können als die eines „eingreifenden wissenschaftlichen Schreibens“ (*Heigl* 2011) betrachtet werden. Deshalb wird zunächst eine wertetheoretische Darlegung unserer Position unternommen, die sich in dieser Arbeit dann auch durchgängig findet. Darauf erfolgt nach einem geschichtlichen Abriss eine kurze Klärung der gebräuchlichsten Begriffe und eine Differenzierung bezüglich der unterschiedlichen Arbeitsansätze. Anschließend werden die Ausgangslage für niedrigschwellige Angebote und einige zentrale Grundbedingungen und Konzepte beschrieben. Die Basis der *praxeologischen* Orientierung und der daraus folgenden Praxis (*Orth, Petzold* 2004) wird im Konzept von vier grundlegenden Säulen dargestellt, die durch Beispiele optionaler Erweiterungen ergänzt werden. Den Abschluss des Beitrages bildet eine Differenzierung der eingesetzten methodischen Wege.

Wir gehen in diesem Text deutlich über die Konzepte und Praxen der meisten Ansätze herkömmlicher niedrigschwelliger Arbeit hinaus – ein ohnehin eher theoriearmer Raum – und wollen damit zu diesem Arbeitsfeld einen Beitrag leisten. In unserem Verständnis soll **DINA** den Menschen unserer Zielgruppe, den in den Milieus des Drogenfeldes Lebenden und dort Aufgesuchten bzw. Kontaktierten, den „Angebotsraum“ eines Hilfeverbundes nahebringen. Das therapeutische Verbundsystem oder eine Therapiekette müssen sich als Zugang zu einem Schutzraum darstellen (*Petzold* 1974f; *Scheiblich, Petzold* 2006); denn nur wenn die im Verbund vernetzten Hilfsagenturen einen „gastlichen Raum“ und „Räume der Hilfeleistung“ anbieten, und das als glaubwürdig wahrgenommen wird, kann ein solches **Konvivialitätsangebot** (*Orth* 2010) genutzt werden. Es ist dann keine Vereinnahmung, keine Zwangsmaßnahme, sondern in der Tat auf gesellschaftlicher Ebene ein offenes „Angebot“ der Solidargemeinschaft, eine **strukturelle „Eintrittsmöglichkeit“** in den Randzonen der Gesellschaft für die in **Marginalisierung** und **Exklusion** Lebenden. An dem Vorhandensein oder Fehlen und an der Qualität solcher Kontakt- und Eintrittsmöglichkeiten erweist sich die Humanität oder Inhumanität einer Gesellschaft (*Baumann* 2005). Hier liegt eine gesellschaftliche Verpflichtung, sich für die verfassungsmäßig zugesagte Gerechtigkeit einzusetzen, die in einer umfassenden Weise, nämlich mit Blick auf „Exklusionsungerechtigkeit“, diskutiert werden muss (*Hills et al.* 2002; *Luhmann* 1996; *Wuhl* 2002), denn Exklusion ist nicht nur ungerecht, sondern schafft prekäre Verhältnisse, die für Gesundheit, Erziehung von Kindern, Lebenserwartung und Alter immense Risiken bergen (*Potvin et al.* 2020), denen man begegnen muss, da sonst eine „Spirale der Prekarität“ – und des Unrechts! - entsteht. Hier ist Solidarität mit den Betroffenen eine Herausforderung (*Silver* 1994), die sich uns allen stellt. Das ist unsere Position, die wir auch politisch vertreten. Auf persönlicher und beruflicher Ebene ist für uns die Mitarbeit an einem solchen „Angebot“ eine aus mitmenschlichem Engagement und fundierter Professionalität motivierte Hilfestellung von Helfern, „Menschenarbeitern“ (*Sieper, Petzold* 2001c), die in psychosozialen Berufen (oder auch im bürgerschaftlichen Engagement) tätig sind. Sie wollen für Mitmenschen, die sich – allem Elend und aller Verelendung und Chaotik ihrer Lebenslage zum Trotz – einem „Netz von Bezogenheiten“ zugesellen wollen, Angebote bereitstellen. Dazu fühlen sich solche Helfer aus „erlebter

Selbstwirksamkeit“ (Flammer 1990), „professioneller und mitmenschlicher **Kompetenz**“, aus sozialpolitischer und solidargesellschaftlicher Bewusstheit und einer **intersubjektiven, altruistischen und kritisch-melioristischen Grundhaltung** verpflichtet. Es sind keine „hilflosen Helfer“, die nach dem stigmatisierenden und pathologisierenden psychoanalytischen Mythos, den Schmidtbauer (1977) „über die seelische Problematik der helfenden Berufe“ generalisierend in die Welt gesetzt hat, aus eigener Problematik einer „Sucht zu helfen“ fröhnen (Degner 1997). Für ein solches „Helfersyndrom“, angeblich in der Breite der Sozial- und Pflegeberufe grassierend, gibt es keine Befunde aus der empirischen Forschung – eine „dysfunktionale Ideologie“ (Petzold, Orth 1999, 126ff), mehr nicht. Wir hingegen sehen hier politisch reflektierte und fachlich wohlinformierte Professionelle, die „mit wacher Vernunft“ und „dem Herz auf dem rechten Fleck“ sich in solchen schwierigen Arbeitsfeldern engagieren. Für sie ist dieser Text geschrieben, und gegen die, die ihnen die Kompetenz absprechen oder ihre Arbeit behindern, indem sie erforderliche Mittel nicht bereitstellen. **Das** nämlich kann „kompetente Helfer“ immer wieder einmal hilflos machen – sie finden dann meistens doch noch Wege, das zu tun, was getan werden muss: nämlich für die Gesellschaft und ihre Bürger die wichtige Arbeit, kompetente Hilfeleistungen in prekären, gefährlichen und desaströsen Situationen und Lebenslagen von MitbürgerInnen zu gewährleisten.

1.1 Multipel-pathogene „Minusmilieus“ als Ausgangslage maligner Ökologisation

Die Ursachen von kompulsiver, selbstzerstörerischer, in Krankheit und Verelendung führende Drogenabhängigkeit – und um diese geht es in diesem Beitrag – liegen nach der sozialepidemiologischen Forschungslage und nach der überwältigenden Evidenz sozialarbeiterischer und soziotherapeutischer Praxiserfahrung in „**prekären Lebenslagen**“ (Petzold 2006p, s. u.) und „**destruktiven Lebenswelten**“ mit unmenschlichen Lebensbedingungen und desaströsen Auswirkungen maligner Ökologisation. Wir sprechen von „**Minusmilieus**“ (Petzold 1973). Die Ursachen liegen damit natürlich *auch* und fast unentrinnbar bei den in „high risk environments“ (Rolf et al. 1990) mit destruktiven Lebensgeschichten sozialisierten und multipel geschädigten Menschen. Ohne die Veränderung solcher „**Minusmilieus**“ von **multipel-pathogener Qualität** in der Gesellschaft, in welchen beständig ein Strom von Menschen mit hoher Vulnerabilität oder mit „prekärer Resilienz“ hervorgebracht wird, lässt sich das Massenphänomen destruktiver Süchtigkeit nicht verändern, denn es kommt die Wirkung **negativer Ökologisation** massiv zum Tragen. Die ökologische Psychologie hat die Wirkungen von positiven Environments auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen und die destruktiven Auswirkungen von Negativmilieus gut untersucht (Heft 2010; Stengel 2002; Soule 2010). Man hat die aufbauenden, ja heilenden Kräfte der Natur und des Naturerlebens (Flade 2010; Kaplan 1989), die „*restorative benefits of nature*“ (Kaplan 1995), und die Negativwirkungen des Fehlens von Naturkontakt oder des Erlebens zerstörter Natur erkannt – besonders bei Kindern und Jugendlichen (Louv 2005; Kahn, Kellert 2002; Petzold, Orth-Petzold, Orth 2013), aber für Erwachsene und alte Menschen steht es nicht anders. Der Mensch als „*Körper-Seele-Geist-Wesen in sozialem und ökologischen Kontext/Kontinuum*“ – so die Integrative Anthropologie (Petzold 2003e; Petzold, Sieper 2012a) – braucht deshalb **biopsychosozialökologische** Interventionen (Petzold 1965, 2012e, 2014m; Petzold, Orth, Sieper 2014d), wie sie der Integrative Ansatz einer „komplexen Humantherapie“

auch bereitstellt. Hier sei die ökologische Dimension fokussiert, die neuerlich immer größere Bedeutung und Beachtung findet. Das Konzept der **Ökologisation**, der Beeinflussung, ja Formung durch Umweltfaktoren, ist dabei zentral.

Als **primäre Ökologisation** haben unmittelbare Umgebungseinflüsse (Zimmer, Wohnung, Haus, Garten, Hinterhof) für die ontogenetische Entwicklung und die sich in ihnen vollziehenden differentiellen Prozesse der Mentalisierung (Legerstee 1992) bis hin zum Selbsterkennen und zu Formen „archaischer Identität“ (Petzold 1993c, 378) eine größere Bedeutung, als das gemeinhin angenommen wird. **Alles Lernen erfolgt kontextualisiert**, bezieht die Umwelt stets mit ein: von der uterinen Mikroumwelt an, über die Kleinkindzeit mit ihren Kontexten (Wiege, Laufstall etc., vgl. Boller, Rovee-Collier 1992; Rovee-Collier 1992; Rovee-Collier, Bhat 1994) über die gesamte Lebensspanne hin. Dabei verschränken sich stets soziale/sozialisatorische und ökologische/ökologisatorische Faktoren (Petzold 2006p). Das kommt besonders in Prozessen der „**sekundären Ökologisation**“ von der Kleinkindzeit bis ins Jugendalter zum Tragen, Zeiten, in denen Menschen durch das Wahrnehmen ihres Lebensraums und durch das Erleben des Umgangs ihrer Gemeinschaft/Gesellschaft mit den vorfindlichen Kontexten ihr Verhältnis zur Umwelt vermittelt bekommen – im Elendsquartier, Schrebergarten, am pauperisierten Stadtrand, am Waldrand, in der lebendigen Natur oder in der Steinwüste von Plattenbauten. Je nach Situation fühlen sie sich dann „beheimatet“ und „gut verwurzelt“ in sicheren und ästhetisch anprechenden, „schönen“ Kontexten oder „unbehaust“, „entwurzelt“ in unsicheren Verhältnissen und widerwärtigen, abstossend „hässlichen“ Kontexten – benigne oder magline Environments bauen Menschen auf oder beschädigen sie. **Ökologisation** beeinflusst ihr Lernen insgesamt (Petzold 2014m), fördert oder beeinträchtigt ihre Sozialisationsprozesse. In den spätmodernen, verstädterten Industrie- und High-Tech-Gesellschaften und durch die zunehmende Virtualisierung der Erlebnisräume sind Ökologien oft von Entfremdung bestimmt. Das findet in allen Lebensbereichen Niederschlag, führt für den Großteil der Menschen in diesen Gesellschaften dazu, dass Natur nicht prägnant und wichtig in ihren mentalen Identitätsrepräsentationen verankert ist, und bei Gruppen des Prekariats finden sich hier oft Defizite, die schwer wiegen können. Man sollte in der biographischen Anamnese und in der Exploration der aktuellen Lebenslage durchaus die Hypothese eines „*nature deficit syndrome*“ (Louv 2005) in den Blick nehmen und auf eine potentiell „**pathogene Ökologisation**“ achten bzw. auf aktuelle belastete oder desolate Lebenssituationen.

»**Ökologisation** ist der Prozess der komplexen Beeinflussung und Prägung von Menschen/Humanprimaten durch die ökologischen Gegebenheiten auf der Mikro-, Meso- und Makroebene (Nahraumkontext/Ökotoz z. B. Wohnraum, Arbeitsplatz; Großraumkontext/Habitat z. B. Landschaft als Berg-, Wald-, Meer-, Wüstenregion mit Klima, Fauna, Flora, Stadtgebiet mit Industrien, Parks usw.). Dieser ökologisatorische Prozess gewährleistet, dass bei entwicklungsneurobiologisch „sensiblen Phasen“ (Krabbeln, Laufen, Klettern etc.) entsprechende Umweltangebote bereitstehen, für die in der „evolutionären Ökologisation“ von den Menschen Handlungsmöglichkeiten (*affordances*, Gibson) ausgebildet wurden, so dass eine gute Organismus-Umwelt-Passung gegeben ist; dass weiterhin durch multiple Umweltstimulierung in „**primärem ökologischem Lernen**“ als Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Erfahrungen (*perception-processing-action-cycles*) *Kompetenzen* und *Performanzen* ausgebildet werden, die für den individuellen und kollektiven Umgang mit dem Habitat, der Handhabung seiner Gefahrenpotentiale und für seine ökologiegerechte Nutzung und Pflege ausrüsten. In „**sekundärem ökologischem Lernen**“ rüsten die Humanpopulationen – sie sind ja Teil der Ökologie – entsprechend ihrer Kenntnisstände ihre Mitglieder [überwiegend in Kindheit und Jugend s.c.] für einen adäquaten Umgang mit den relevanten Ökosystemen aus.

Der **Prozess der Ökologisation** ist gefährdet, wenn durch dysfunktionale Faktoren im Rahmen der Mensch-Umwelt-/Umwelt-Mensch-Passung Erhalt und Optimierungen einer entwicklungsorientierten ökologischen Selbststeuerung als „dynamischer Regulation“ des Mensch-Umwelt-Systems gestört oder verhindert werden, und wenn die Prozesse der Sozialisation in den Humanpopulationen und ihren Sozialsystemen zu den Gegebenheiten bzw. Erfordernissen der Ökosysteme und den Prozessen der Ökologisation disparat werden, also keine hinreichende sozioökologische **Passung** durch **primäres und sekundäres „ökologisches Lernen“** erreicht werden kann, wie dies für die heutige Weltsituation vielfach schon der Fall ist – mit z. T. desaströsen Folgen. Für das Mensch-Natur-Verhältnis angemessene Sozialisation und Ökologisation erweisen sich damit heute als prioritäre Aufgabe« (Petzold, Orth 1998; Petzold 2006p, 2014m).

Wirkt in der **primären Ökologisation** (präreflexiv in der Kleinkindzeit) die naturgegebene Affordance-Struktur (Gibson 1977, 1982) des perzipierbaren und perzipierten Lebensraumes unmittelbar auf das „human animal“, so kommen in der teilreflexiven, **sekundären Ökologisation** (ältere Kindheit, Jugend) auch Einflüsse der Sozialwelt zum Tragen. In der reflexiven und metareflexiven **tertiären Ökologisation** in Jugend- und Erwachsenenalter erfolgt das in starkem Maße, denn dann weiß man: das ist *mein* Haus, meine und *unsere* Stadt, meine und *unsere* Welt, die sich im ökologischen Risiko befindet, das auch mich betrifft – ein metareflexives Wissen um den Mensch-Welt-Bezug, eine menschengespezifische „**Theory of my World**“ ist aufgrund der Humanfähigkeit zu Exzentrizität und Metareflexivität gegeben und das heißt bei belasteten Environments, dass ein älteres Kind, ein Jugendlicher weiß: „Ich wohne in einer kaputten Gegend!“ Es verschränken sich also von der älteren Kindheit an zunehmend *sozialisatorische* und *ökologisatorische* Momente, wobei der ökologische Impact immer spezifisch bleibt und deshalb auch differenzierend benannt werden sollte (z. B. bei Vertrautheit oder Unvertrautheit des Raumes, Passung mit artspezifischen Effektivities/Handlungsmöglichkeiten, z. B. bei den *Anthropoidea/Simiae* Klettermöglichkeiten, bei Kindern reichhaltige Erlebnisräume). Ökologisation sollte deshalb nicht unter Sozialisation subsummiert werden.

Die Perspektive der **Ökologisation** sollte unter diagnostischen und therapeutischen Gesichtspunkten in der Drogen- bzw. Suchtkrankentherapie vermehrte Aufmerksamkeit erhalten. In der Aktualsituationen muss in Aufgaben der Environmentgestaltung (etwa in Fachkrankenhäusern) investiert werden. Für den ambulanten Bereich sind kompensatorische Maßnahmen anzustreben: Ausflüge, Wanderungen, Spaziergänge, Freizeiten, Outdoor-Aktivitäten, die erlebnispädagogisch und naturtherapeutisch konzipiert sind (Petzold 2014m). Das ist resilienzfördernd und eröffnet neue Perspektiven mit Maßnahmen, die auch im niedrigschwelligen Bereich eingesetzt werden können.

Natürlich gibt es auch in „schlechten Vierteln“ Möglichkeiten des Naturkontaktes. Die Ruderalvegetation auf Trümmergeländen, Schutthalden auf Bauplätzen ist z. T. interessant und Kinder und Jugendliche sind da findig. Manche machen etwas aus solchen Nischen und bauen sich sogar Beete und Hütten. Gerade in der gegenwärtigen Stadtgarten- und Guerilla-Gardeningbewegung tun sich da neue Möglichkeiten auf (Petzold, Orth-Petzold, Orth 2013), die für den niedrigschwelligen Bereich interessant sind. Aber noch hat das keine Breitenwirkung. Insgesamt ist es nicht zielführend, von all den „Einzelfällen“ zu reden, wo es „anders lief“, wo trotz negativer Ökologisation und belastender Sozialisation alles „gut lief“, und die dann gerne in Pseudoargumenten herbeigeredet oder vorgezeigt werden: Seht, man kann es doch schaffen! Natürlich gibt es Leute wie Ex-Box-Champion *Charlie Graf*, der aus dem Minusmilieu nach oben kam, abstürzte und nach Knast und Drogen und vielen

Mühen wieder auf die Beine kommen konnte. Jetzt macht er Präventionsarbeit mit Kindern und spricht von einem „Comeback in die Gesellschaft“. Er sei jetzt „mental ein zufriedener Mensch“ (Scherzer 2005). Aber wir sprechen hier nicht von solchen Comeback-Helden, so wichtig sie als Vorbild auch sein mögen. Wir sprechen von der großen Masse der Verelendeten, die am „unteren Rand“ der Gesellschaft in schlechten Milieus und einem kaum ertragbaren Leben angelangt sind. Wir sprechen auch nicht von der immer noch sehr kleinen Zahl von Menschen, die es „irgendwie geschafft haben“, aus den schlechtesten Verhältnissen herauszukommen, weil wir genau dazu beitragen wollen, dass es mehr als ein „irgendwie für Wenige“ wird, sondern davon, dass an Stelle „maligner Ökologisation“ menschenwürdige Wohnverhältnisse, ordentliche Spielplätze, Möglichkeiten des Naturerlebens bereitgestellt werden, damit statt „**prekärer Resilienz**“ echte Chancen für ein „hinlänglich gutes Gedeihen“ eröffnet werden. Im Sinne der Integrativen Resilienztheorie (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold, Müller 2004) sehen wir die Ausbildung von **Resilienz** (Widerstandsfähigkeit) bewirkt durch das Wirksamwerden von „protektiven Faktoren“ gegenüber Belastungsfaktoren. Prekär wird dieser Prozess in beschädigenden Milieus, wenn Widerstandsfähigkeit sich in schlimmen Kontexten mit zu wenig Support entwickeln muss. Resilienz kann dann auch zur Ausbildung von „intelligenter Devianz“ oder von verhärteten oder nur mäßig kompensierten Persönlichkeiten mit einer überdeckten Grundvulnerabilität führen, die neuen, seriellen Belastungen nicht standhält. Die Biographie von Graf zeigt das beispielhaft (Scherzer 2005). Resilienzbildung ist kein Zauberwort oder Patentrezept, sondern beinhaltet als strukturelles Implikat immer die Nachwirkungen belastender, ja schädigender Verhältnisse. Die Lebensgeschichte jedes Gescheiterten zeigt, „hard growing children cannot walk between the raindrops“ (Radke-Yarrow, Sherman 1990, 101). Allein auf Resilienzbildung zu setzen, wäre eine sozialpolitische Bankrotterklärung.

In der niedrigschwelligen Arbeit haben wir es überwiegend mit Menschen zu tun, denen Resilienzbildung nicht gelingen konnte, sondern deren Beschädigungen sich chronifiziert haben und die dadurch in eine „**gesellschaftliche Extremexklusion**“ geraten sind. Luhmanns (1995) harte These ist wohl wahr, wenn er im Phänomen gesellschaftlicher **Exklusion** keine Ausnahme sieht, kein leicht lösbares passageres Problem. Exklusion entstehe unter "normalen Stabilitätsbedingungen", sei Regel-, nicht Sonderfall, so der Bielefelder Soziologe und Systemtheoretiker. Er argumentiert, dass Exklusionszonen durch die Funktionsdifferenzierung moderner Gesellschaften produziert werden:

„Die Idealisierung des Postulats einer Vollinklusion aller Menschen in die Gesellschaft täuscht über gravierende Probleme hinweg. [...] Vielmehr bilden sich an den Rändern der Systeme Exklusionseffekte, die auf dieser Ebene zu einer negativen Integration der Gesellschaft führen. Denn die faktische Ausschließung aus einem Funktionssystem – keine Arbeit, kein Geldeinkommen, kein Ausweis, keine stabilen Intimbeziehungen, kein Zugang zu Verträgen und zu gerichtlichem Rechtsschutz, keine Möglichkeit, politische Wahlkampagnen von Karnevalsveranstaltungen zu unterscheiden, Analphabetentum und medizinische wie auch ernährungsmäßige Unterversorgung – beschränkt das, was in anderen Systemen erreichbar ist und definiert mehr oder weniger große Teile der Bevölkerung, die häufig dann auch wohnmäßig separiert und damit unsichtbar gemacht werden.“ (Luhmann 1997, 630f.)

Luhmanns (1995, 1996) Sicht ist nicht zuletzt im Blick auf Slums und Favelas gewonnen. Der ehemalige *Bourdieu*-Mitarbeiter *Robert Castel* (1995) beschreibt Top-Down Exklusion als Absturzdynamik, als den Weg aus einer hohen "Einbindung in Netze der Soziabilität" herunter in "Zonen" mit hohen "Integrationsdefiziten", hinab bis in die Ghettos und Elendsquartiere gänzlichen Ausschlusses (*Castel, Reiffers, Menue* 2010). Da werden dann Menschen in die Exklusion hineingeboren, müssen in ihr aufwachsen und können – so unsere Bottom-Up-Sicht – niemals „nach oben“ kommen. Solche Verhältnisse können unserer Auffassung nach nur zu einem Schluss führen: „**Wir wollen das nicht!**“ Und wer immer solches **nicht will**, muss sich dem „**engagiert entgegenstellen**“ – gesellschaftspolitisch, in Bürgerinitiativen, beruflich, privat, er muss „**dazwischen gehen**“ (*Leitner, Petzold* 2010). Die Motivationen können und dürfen dabei verschieden sein. Für die Einen ist es eine Frage altruistischer Humanität, der Ethik, der Verantwortung, für die Anderen sind es Fragen der Ästhetik, der benignen Ökologien, der Vernunft, des Gewissens, der Nächstenliebe – wie auch immer, stets mündet das in **verantwortlich-engagierten Willen** (*Petzold, Sieper* 2008), etwas zu verändern und zu verbessern, in einen **melioristischen Impetus**⁸: „**Wir wollen, dass es anders und besser wird!**“

Niedrigschwellige Hilfen haben sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten zu einem selbstverständlichen Bestandteil der Drogen- und Suchthilfe entwickelt. Manchen gelten sie immer noch als ein Arbeitsgebiet, in dem eher provisorisch und unsystematisch-intuitiv als nach ausgearbeiteten Konzepten vorgegangen wird. Provisorisch sind manche Einrichtungen tatsächlich hinsichtlich ihrer Ausstattung und den zur Verfügung gestellten Standards. Das gilt es zu verbessern, denn niedrigschwellige Angebote wenden sich an sehr unterschiedliche Menschen in äußerst „**prekären Lebenslagen**“ und in destruktiven Ökologien. Diese besondere Situation, in der Achse V im ICD nur knapp, zu knapp berücksichtigt, gilt es als Grundbedingung niedrigschwelliger Arbeit zu berücksichtigen, denn **Prekarität** beschädigt oder verhindert **Intersubjektivität**, d. h. zwischenmenschliches Miteinander, Mitmenschlichkeit. Die Folge ist, dass dadurch personale **Identität** und persönliche **Integrität** verletzt werden und **Menschenwürde** gefährdet, beeinträchtigt oder auch zerstört werden kann (*Petzold, Orth* 2011).

„**Prekäre Lebenslagen** sind zeitextendierte Situationen eines Individuums mit seinem *relevanten Konvoi* in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als *bedrängend* erleben und als *katastrophal* bewerten (kognitives *appraisal*, emotionale *valuation*), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung *protektiver Faktoren* gekommen ist. Die Summationen *kritischer Lebensereignisse* und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine *Erosion* der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, so dass eine Beschädigung der persönlichen Identität und Integrität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner *supportiven*

⁸ »**Meliorismus** ist eine philosophische und soziologische Sicht (philosophiegeschichtlich in vielfältigen Strömungen entwickelt), die danach strebt, die Weltverhältnisse, die Gesellschaften oder den Menschen zu „verbessern“, indem man sich für die Entfaltung und Nutzung von Potenzialen engagiert. **Meliorismus** setzt dabei voraus, dass im Verlauf historischer Prozesse und kultureller Evolution Gesellschaften verbessert werden können, Fortschritt im Sinne einer kontinuierlichen Entwicklung zum Besseren möglich ist und mit Vernunft, wissenschaftlichen Mitteln, materiellen Investitionen und potenzialorientiertem sozial-humanitärem und ökologischem Engagement vorangetrieben werden kann.« (*Petzold* 2009k, Seite?).

Valenz' und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine *destruktive Lebenslage* eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen 'Verbesserung der Lebenslage' durch Ressourcenzufuhr kommt und durch infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioration, die die Prekarität *dauerhaft* beseitigen und von *Morenos* (1923) Fragen ausgehen: 'Was hat uns ins diese Lage gebracht? Worin besteht diese Lage? Was führt uns aus dieser Lage heraus?'“ (*Petzold* 1999r/2011e).

Differentieller und integrativer niedrigschwelliger Arbeit (DINA) geht es darum, die Doppelkonstellation schwieriger, ja gefährlicher Lebenslagen und die persönliche Situation der Menschen, die von ihnen betroffen sind, zu erfassen. Von Seiten der Helfer erfordert das eine an Menschen orientierte Grundhaltung der **Intersubjektivität**, aus der heraus zum einen ein *sozial-empathisches Intuieren*, zum anderen ein *persönlich-empathisches Intuieren* möglich wird (*Petzold Müller* 2005/2007a; *Römer* 2011). Beides ist für Begleitung, Betreuung, Beratung, Behandlung (vgl. hier 8) – für soziotherapeutische und flankierende naturtherapeutische Maßnahmen (*Petzold, Hömberg* 2014) also – eine unverzichtbare Grundlage. **Intuition** und **Empathie** im Sinne von persönlicher Begabung und professionell geschulter Kompetenz / Performanz (*Petzold* 2009k; *Decety, Ickes* 2007) sind in allen Bereichen der Arbeit mit Menschen eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Interventionen. Intuition / Empathie soll immer durch theoriegeleitetes Wissen, einen sicheren Methodenfundus, reflektierte Berufserfahrung und durch „Sympathie“ für die Menschen (*Ferenczi* 1932/1988) fundiert werden, an welche sich Angebote der Hilfe richten.

Aufgabe des vorliegenden Beitrages ist es, Theorien und Praxen niedrigschwelliger Hilfen aus der Perspektive der „**Integrativen Suchtarbeit**“ darzulegen und in breiter Weise in der Gesamtsicht dieses Ansatzes zu fundieren. Er repräsentiert damit – exemplifiziert am Bereich der Niedrigschwelligkeit – auch seine „**philosophy**“ des Umgangs mit Menschen in der psychosozialen Arbeit, die intersubjektivitätstheoretisch fundiert (*Marcel* 1967; *Petzold* 1980g) an den Grundwerten der „**Würde**“ und der „**Integrität**“ orientiert ist, die es in solidarischem und **altruistischem** Engagement zu gewährleisten gilt (*Petzold, Sieper* 2011; *Petzold, Orth, Sieper* 2010).

1.2 Pragmatische Überlegungen zu einem melioristischen und kritisch reflektierten Altruismus

Natürlich wird hier keiner *naiven Konzeption von Altruismus* das Wort geredet, dafür ist das Thema – auch in der Polarisierung Egoismus / Altruismus (*Hunt* 1992) – zu komplex. Disziplinübergreifend ist es in der Philosophie⁹, der Sozial- und Entwicklungspsychologie des „prosozialen Verhaltens“¹⁰, in Soziobiologie und Evolutionsbiologie bzw. -psychologie¹¹ zu kontrovers diskutiert worden. Neuerlich scheinen die entwicklungspsychobiologischen Forschungen von *Tomasello* (2010) wieder in Richtung genetischer Dispositionen zu deuten, und in der Genforschung haben gerade *Reuter et al.* (2010) auch Hinweise auf (schwache) genetische Komponenten bei altruistischem Verhalten gefunden. Neurohumorale Untersuchungen verweisen auf die Beteiligung des Neuropeptids Oxytocin bei altruistischem Verhalten in Intergruppenprozessen (*De Dreu, Geer et al.* 2010).

⁹ *Nagel* 1992, 2005; *Baxter* 2005; *Harbach* 1992.

¹⁰ *Bierhoff, Montada* 1988; *Mikulincer, Shaver* 2005.

¹¹ *Buss* 2002; *Dawkins* 1989; *Voland* 2007.

Tankersley (et al. 2007) konnte zeigen, dass Altruismus mit einer „increased neural response to agency“ verbunden ist – selbst ein halbwegs konsistentes Patchwork von Positionen lässt sich kaum zusammenstellen. Das große Spektrum von Meinungen (vgl. *Dugatkin* 2006; *Fehr, Fischbacher* 2003; *Oord* 2007, 2010; *Schroeder* 2003) verweist auf die **Vielfalt von Positionen**, die Menschen zu diesem Thema einnehmen **können** und wollen, und dieses Faktum spricht für sich selbst. Als Wissenschaftler muss man bei einer derart heterogenen Lage an Positionen die eigene gut begründen und verschiedene Möglichkeiten in Rechnung stellen. Es kann diese letztlich in anthropologische Grundpositionen führende Diskussion hier nicht ausgebreitet werden (vgl. *Petzold* 2003e), sondern es sei nur exemplarisch unsere abgrenzende Sicht zur Position *Freuds* und seiner Psychoanalyse aufgezeigt, weil diese aufgrund ihrer prägnanten Position sich gut für einen Abgleich eignet. *Freud* behandelt die Frage des Altruismus in seinem Werk nur marginal. Er nimmt bekanntlich eine grundsätzliche duale Triebbestimmtheit des Menschen durch Sexualität und Todes- / Aggressionstrieb an, eine Position, der man heute in ihrer Simplizität nicht mehr folgen kann. Wir sprechen von „multiplen Antrieben“ als evolutionär ausgebildeten „Narrativen“, motivationalen Mustern (*Petzold, Sieper* 2008a, 277ff), bei denen die Antriebe der „*explorativen Neugier*“ und der „*poietischen Gestaltung*“ als besonders wesentlich für die Sicherung des Überlebens waren (*Petzold* 2010f). Für *Freud*, der einen Gegensatz von Altruismus und Egoismus konstruiert, deckt sich Altruismus „begrifflich nicht mit libidinöser Objektbesetzung“ (Allgem. Neurosenlehre III, StA I, 403), ausser „in der vollen Verliebtheit“ (ibid.). Wir sehen Altruismus keineswegs nur oder wesentlich als Gegensatz zum Egoismus, sondern halten das für eine – allerdings häufig vertretene – falsche Polarisierung. Hilfsbereitschaft, helfendes Beispringen sehen wir als ein eigenes, genuines Programm der Sapiens-Hominiden (*Petzold* 2003d). Hier folgen wir *Kropotkin* (1901), was durch die neuen, sehr differenzierten Untersuchungen von *Tomasello* (2010) und seiner Forschergruppe gut gestützt wird. Natürlich gibt es auch höchst destruktive „evolutionäre“ Programme der Cro Magnon Menschen, unserer Vorfahren¹². Man sollte sie nicht übersehen oder gar verleugnen, wie wir das bei Autoren der Humanistischen Psychologie finden, die den Menschen vom Wesen her als „gut“ ansehen (*Carl Rogers*). Wir sehen den Menschen durchaus in seinem gefährlichen Destruktionspotential (*Petzold* 1986h), indes auch zu altruistischen Leistungen fähig, besonders gegenüber den stark affilierten Menschen seiner Gruppe. Die humanitären Leistungen über die Jahrtausende bis hin zu den Menschenrechten und den heutigen großen, weltumspannenden Hilfsorganisationen und den zahllosen NGOs stehen deutlich sichtbar neben den immer noch stattfindenden unvorstellbaren Grausamkeiten. Aber es ist deutlich vorangegangen, gerade im vergangenen Jahrhundert humanitärer Megakatastrophen. Wir vertreten deshalb eine „desillusionierte, aber hoffnungsvolle Anthropologie“ (*Petzold* 1996j). Für *Freud* gilt, dass das „tiefste Wesen des Menschen in Triebregungen besteht, die elementarer Natur, bei allen Menschen gleichartig sind“ (1915, StA IX, S. 41). Er sieht das als „weder gut noch böse“, obwohl sich unter diesen Trieben die „eigensüchtigen und grausamen“ (ibid.) befinden. Eine derartige „biologistische Wertfreiheit“ werten wir als ein Pseudoargument. „Kultur zu schaffen, ist unsere Natur!“ (*Petzold, Orth* 2004b; *Richerson, Boyd* 2005). Altruismus folgt für *Freud* aus Sanktionsdrohungen, durch gesellschaftlichen „äußeren Zwang“ erzielter „Triebveredelung“. So sei „unser Gewissen ... in seinem Ursprung 'soziale Angst' und **nichts anderes**“ (*Freud, Zeitgemässes über Krieg und Tod*, 1915, StA IX, 40, unsere

¹² *Fagan* 2010; *Otte* 2008; *Schrenk* 1997.

Hervorheb.). Die „Umbildung seines Trieblebens zum Guten, eine Wendung vom Egoismus zum Altruismus“ (ibid. 43), sei gleichsam eine kulturbedingte „Charakterverbildung ... in der steten Bereitschaft der gehemmten Triebe, bei passender Gelegenheit zur Befriedigung durchzubrechen“ (ibid. 44), wie in den Kriegsereignissen 1915 sichtbar. Das ist sträflich eindimensional als Erklärungsfolie für einen Weltkrieg. Dieses „**nichts anderes**“ bestreiten wir rigoros. Das Programm der Kulturweitergabe ist für den Sapienshominiden der dominante Selektionsvorteil. Rechte, Völkerrecht und Menschenrechte entstanden, weil sie von Menschen in immer größeren Verbänden als sinnvoll und dann auch als **wertvoll** erlebt wurden (Petzold 2003d) – nicht nur aus Angst, aber durchaus nach bitteren Lektionen: zwei Weltkriegen, Auschwitz, Hiroshima, der Drohung des atomaren Overkill, heute der ökologischen Katastrophen. Menschenrechte einzuführen, war eine übelebenssichernde Kulturleistung (Petzold 2001m). *Henry Dunant*, der – zufällig auf das Schlachtfeld von Solferino geraten (30 000 Tote in zwei Tagen) – zupackte bei der Wundversorgung, Sterbenden beistand, andere motivierte: „tutti fratelli“, das war *sein* Schachtruf (Giampiccoli 2009; Petzold, Sieper 2011), zeigte einen anderen Weg als *Freud*, nämlich den eines **kritisch reflektierten, kultivierten Altruismus**. Als Konsequenz seiner durchaus traumatisierenden Erlebnisse in Solferino (Petzold, Sieper 2011) stellte er eine Weltorganisation der Hilfeleistung auf die Beine, setzte sich 1899, hochbetagt und krank, für die Haager Konvention ein¹³. Ganz anders sieht sich *Freud* durch den ersten Weltkrieg in seiner Position bestätigt, dass der Mensch einem grundsätzlich triebhaften Egoismus verhaftet sei, mäßig durch einen „Kulturgehorsam“ gezähmt, der eigentlich gegen seine wahre Natur gerichtet sei, was zur Neurosebildung führe und die Menschen strukturell zu „Kulturheuchlern“ mache. Im Krieg, wie in dem seit 1914 zwischen den „Großindividuen“, den europäischen Kulturvölkern, tobenden, könnten sich die Menschen „für eine Weile dem bestehenden Drucke der Kultur entziehen und ihren zurückgehaltenen Trieben vorübergehend Befriedigung gönnen“ (StA IX, 45), so meinte er. Triebunterdrückung führe zu „Reaktionsbildungen gegen gewisse Triebe, täusche die inhaltliche Verwandlung derselben vor, als ob aus Egoismus Altruismus, aus Grausamkeit Mitleid geworden wäre“ (ibid. 41). Wieder eine generalisierende Behauptung mit einem überholten Triebkonzept. *Vygotsky* (1934/2000) meinte da anderes: „Alle höheren psychischen Funktionen, eingeschlossen das Sprechen und begriffliche Denken, haben einen sozialen Ursprung. Sie entstehen als Mittel zur gegenseitigen Hilfeleistung und werden schrittweise Teil des alltäglichen Verhaltens eines Menschen“. *Freud* affirmiert: „Aber primitive Zustände können immer wiederhergestellt werden; das primitive Seelische ist im vollsten Sinne unvergänglich“ (1915, StA IX, S. 45). So behauptet und auf basale Destruktivität und Begehren zentriert, ist das eine sehr problematische Aussage: Wahr bei Pogromen in Pogromkontexten (Petzold 1996j), wahr aber auch – wenn man ein Altruismusprogramm annimmt (Tomasello 2010) – bei spontanen und professionellen Hilfs- und Rettungsaktionen unter Einsatz des eigenen Lebens, wie wir sie weltweit bei allen Menschen, religiösen und Atheisten, finden. *Freuds* Wertung der Nächstenliebe schlägt in die gleiche Kerbe. Er hätte allerdings neben der *christlichen Nächstenliebe*, auf die er sich richtet, auch noch die „fünfte Säule“ des Islam, den *zakat* (Mildtätigkeit), das buddhistische *karuna* (Barmherzigkeit), die eigene jüdische

¹³ Während *Freud* zeitgleich seine 1899 fertiggestellte und verlegte „Traumdeutung“ auf 1900 datierte, um sich mit einem „Jahrhundertwerk“, seinen Mentor *Breuer* übergehend, „undying fame“ zu sichern (Breger 2009). Es geht hier um kein „Freud Bashing“, aber wer solche Theoreme in die Welt setzt, muss mit Gegenpositionen rechnen (Leitner, Petzold 2009).

Tradition zu Leviticus 19, 18¹⁴ (*Hillel, Akiba*, vgl. *Mathys* 1997) und 5000 Jahre Kulturgeschichte der Nächstenliebe (*Vonhoff* 1987) in den Blick nehmen müssen, ehe er schrieb, Nächstenliebe sei „...die stärkste Abwehr der menschlichen Aggression und ein ausgezeichnetes Beispiel für das unpsychologische Vorgehen des Kultur-Über-Ichs. Das Gebot ist undurchführbar; eine so großartige Inflation der Liebe kann nur deren Wert herabsetzen, nicht die Not beseitigen“ (*Freud* 1988, 268). Heute wissen wir durch paläoanthropologische Funde aus Frühkulturen (wohl ohne hohen „Kulturdruck“ bzw. „Kultur-Über-Ich“, *ibid.* 45, 265): Es gab schon bei Neandertalern nicht nur Verletzungen durch menschliche Gewalt, es gab auch Wundversorgung und Hilfeleistung (*Piek, Ternberger* 2006). Das steht gegen *Freuds* Spekulationen. *Anna Freud* (1984) folgt ihrem Vater, sieht Altruismus als komplexen Abwehrmechanismus der Abtretung von Triebansprüchen. Das kann ja im Einzelfall vorkommen, aber wenn man die Menschheitsgeschichte *auch* als „Geschichte der Hilfeleistung“ betrachtet oder auf die 97 Millionen freiwilligen und ehrenamtlichen Helfer des Roten Kreuzes in 186 Staaten der Welt schaut und auf das Millionenheer ehrenamtlicher MitarbeiterInnen in der Vielzahl humanitär und gemeinnützig arbeitender Hilfsorganisationen, NGOs – säkularer und kirchlicher –, religiöser und politischer Wohltätigkeitsorganisationen auf der ganzen Welt blickt, ergibt sich ein anderes Bild als das der „psychoanalytischen Untersuchung“ (*Freud* 1915, StA IX, 41). Es sind eben keine wissenschaftlichen Untersuchungen, sondern die Meinungen und Ideologeme des *Sigmund Freud* und seiner Epigonen. Er irrte mit seinen Generalisierungen, auch wenn er zugleich mutig war, auf die dunklen Seiten des Menschen zu schauen, um ihm hier gerecht zu werden (*Derrida* 1992). Aber wir grenzen uns hier, in einem Kontext wie dem niedrigschwelliger Arbeit, wo es auch um Altruismus geht, gegen die *Freud'schen* Vereinseitigungen ab, weil wir meinen, dass differenziertere Perspektiven und die jeweiligen persönlichen Bewertungsparameter der Menschen hinzugezogen werden müssen.

In der praktischen Arbeit kommen neben fachlichen Theoriepositionen bei den HelferInnen alltagstheoretische Annahmen zu den diskutierten Themen zum Tragen. Das gilt auch für die KlientInnen. Wir fragen deshalb zunächst nach den „subjektiven Theorien“ des Gegenübers:

„Warum sollte man Menschen in Not und schwierigen Situationen beistehen? Warum, was sind die Motivationen?“ Diese Fragen erschließen die subjektiven Positionen. Jeder, Helfer und Klienten, kann sie sich vorlegen. Helfer sollten die „Warum-Fragen“ bzw. gewonnene Antworten dann kritisch hinterfragen. Sie landen dabei immer bei ihrer Enkulturation (*Fendt* 1971; *Schiffauer et al.* 2006) und Sozialisation (*Berger, Luckmann* 1970; *Hurrelmann* 2006) und der Frage, wie bin ich zu meiner Wertewelt gekommen und wie tragfähig ist sie, wie setze ich sie im Leben um und welche kritischen Dimensionen wären unter welchen theoretischen Perspektiven zu bedenken? Im Integrativen Ansatz haben wir diesen Zugang als eine „metahermeneutische Mehrebenenreflexion“ (Triplexreflexion, *Petzold* 2007a; *Petzold, Orth* 1999) ausgearbeitet, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann. Sie verweist nur darauf: Wir sprechen hier von keinem „naiven Altruismus“, der in die Fallen „wohlmeinender Machtausübung“ läuft. Viele Modelle zum Altruismusproblem haben partielle Plausibilität, wie der Sympathiealtruismus, der rationale Altruismus, der Utilitarismus etc. Wir gehen das Thema hier aus einer

¹⁴ Vgl. das „Testament der zwölf Patriarchen“ (5,1f.): „Den Herrn liebte ich und ebenso jeden Menschen mit aller meiner Kraft und von ganzem Herzen. Das tut auch ihr.“

Haltung praktischer Lebensklugheit an und haben eine dreifache Perspektive gewählt:

a) Ganz „konservativ“ richten wir uns an einem moralisch-normativen Altruismus aus (jeder muss sich nach dem seinen fragen). Wir haben die *Kant'sche* Position des „kategorischen Imperativs“ als Präferenz gewählt (*Kant*, Akademieausgabe IV, 421.6), der den vernunftgeleiteten Menschen als *selbstgesetzgebend* sieht, wodurch er *Würde* besitzt, *Zweck an sich* ist und mit seinen auf das Ganze der Menschheit gerichteten Handlungsmaximen sein Handeln begründen kann. Daraus ist ein Einsatz für die Würde des Mitsubjektes, und damit zur Sicherung der eigenen Würde, stringent und vernünftig abzuleiten. Ein moralischer Altruist handelt demnach prinzipiengeleitet altruistisch. Dabei steht für uns noch die antike, vor allem stoische Doppelverpflichtung zur *Selbstsorge* und *Gemeinwohlsorge* im Hintergrund, wie sie sich etwa bei *Marc Aurel* findet (*Petzold* 2009f; vgl. auch den differenzierten prudentiellen Ansatz von *Lumer* 2000).

b) Wir richten uns weiterhin aus an der sozialstaatlichen Verpflichtung zu solidarischer Hilfe (*Becker et al.* 2010; *Cariget* 2001) und der grundrechtlichen Zusicherung: „Jeder hat das *Recht auf Leben* und körperliche Unversehrtheit“ (Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Art. 2 Abs. 2 S. 1 1. Alt.)¹⁵.

c) Wir orientieren uns an einem pragmatischen, humanistischen Meliorismus¹⁶. Wo kämen wir hin, wenn wir nicht füreinander eintreten und für Sicherheit und eine Verbesserung der Verhältnisse eintreten würden? Eine solche Position finden wir bei *L. F. Ward*, *G. H. Mead* u.a. Als Erklärungshintergrund nimmt der Integrative Ansatz eine evolutionäre Logik an: Überleben war nur als Gemeinschaft möglich (*Kropotkin* 1901; *Petzold* 2003d). Wir nehmen weiterhin eine kulturelle Logik der Werteentwicklung an, wie sie in den Menschenrechten, in Grund- und Völkerrecht Ausdruck gefunden hat (ders. 2009d; *Richerson, Boyd* 2005).

Vor diesem Hintergrund wird definiert:

"Altruismus ist die in kritisch-wertetheoretischer Reflexion gewonnene Entscheidung zu einem solidarischen Eintreten für Menschen in Not (ungeachtet ihrer Herkunft), um ihnen in Gefahr, Notlagen und Elend zu helfen, weil man das als menschenwürdig und gerecht ansieht und durch solche prinzipielle Hilfeverpflichtung auch für sich selbst in Notsituationen Beistand erwarten darf. Damit sind Selbstsorge und Sorge für den Anderen in engagierter Praxis verbunden." (*Petzold* 2000h).

Eine solche Position halten wir, weil breit legitimiert, für den Bereich psychosozialer und klinischer Arbeit gut generalisierbar. Hinter all diesen Themen steht natürlich auch die alte „Nurture-Nature-Debate“, die „Anlage-Umwelt-Diskussion“, in ihren vielfältigen Spielarten von der *Jensen-Debatte* bis zur *Soziobiologie-Kontroverse*¹⁷. Die strittigen Diskurse machen klar, dass mit einer Lösung dieser Dispute nicht zu rechnen ist, allein schon weil die erkenntnistheoretischen Ansätze und Fragestellungen zu disparat sind.

Man muss sich für eine Position entscheiden, um handlungsfähig zu sein, was mit der voranstehenden Definition geschehen ist. Sie muss natürlich von jedem mit Blick

¹⁵ Vgl. *Alexy* 1994 für die BRD; zur europäischen Situation vgl. *Craig et al.* (2007); *Peers, Ward* 2004.

¹⁶ Humanistischer Meliorismus ist in unserem Verständnis dezidiert säkular und nicht metaphysisch oder religionsgebunden ausgerichtet (*Petzold, Orth, Sieper* 2009), also „ideologiearm“ und pragmatisch, aber humanitär engagiert orientiert. Für die melioristische Haltung sind neben *Kant, Voltaire* und *Comte* als Referenzautoren einflussreich: *Francis Lester Ward*, Gründervater der amerikanischen Soziologie (*Rafferty* 2003), die Vertreter eines humanistischen Pragmatismus (*J. Dewey, W. James, G. H. Mead*), AutorInnen humanitärer politischer Theorie und altruistischer Praxis (*G. Eliot, H. Dunant, P. Kropotkin, B. v. Suttner, H. Arendt, J. N. Skhlar*), Ethiker der phänomenologisch-hermeneutischen französischen Schule: *E. Levinas, G. Marcel, P. Ricoeur*, aber auch *J. Derrida* und *M. Foucault* (zu diesem Thema vgl. *Petzold* 2009d, 2010f.).

¹⁷ *Jensen* 1969; *Meany* 2001; *Plomin* 1990; *Rutter* 2002.

auf seine „subjektiven Theorien“ und persönlichen und professionellen Wertepositionen überprüft und aufgenommen werden.

Unsere persönlichen „professionellen Positionen“ seien hier offengelegt:

Die unfruchtbare Egoismus-Altruismus-Polarisierung in der Diskussion ist für uns aufgrund anthropologischer und entwicklungstheoretischer Überlegungen nicht relevant. Die Persönlichkeit entwickelt sich durch die „*Interiorisierung*“ (Vygotskij 1992; Petzold 2012e) bedeutsamer Bezugspersonen, dem „*generalized other*“ (Mead 1934), so auch die Integrative Persönlichkeitstheorie (Petzold 2003a). In diesen Prozessen erweist sich, dass ich mir selbst auch ein Anderer bin, wie die bedeutende Untersuchung von Paul Ricœur (1990) „*Soi-même comme un autre*“ zeigt, die in unseren Theoriefundus eingegangen ist (Petzold 2001p). Damit erweisen sich Selbstsorge und altruistische Fürsorge als verschränkt, wie das in einem exemplarischen Text der Integrativen Therapie zum Ausdruck kommt:

»*Suche das Innere jedes Menschen zu erreichen und gestatte auch jedem anderen, deine Seele zu erreichen (Aurel, Lib. VIII, 61). Menschenwiser wie Marc Aurel, Seneca oder Epiktet wussten offenbar mehr über zwischenmenschliche Beziehungen, die „Beziehung zu Anderen“ und über die „Beziehung zu sich selbst“, als so mancher der großen Protagonisten neuzeitlicher Psychotherapie wie Freud oder Perls. Deshalb blicken wir in der Integrativen Therapie immer wieder auf die therapierelevante Philosophie der Antike, die in so erfrischender Weise säkular und human ist. Es lohnt es sich, unterstützt durch die Lektüre von Pierre Hadot (1969, 1997, 2001) und durch die Arbeiten des späten Michel Foucault (1986, 2007) über die „Sorge um sich“ oder die „Ästhetik der Existenz. Wir haben stets mit Gewinn für die Arbeit mit den Themen Trauma, Trauer, Trost, Gelassenheit, Glück usw. diese Autoren der Antike zu Rat gezogen (Petzold 2001m, 2004l; Petzold, Sieper 2008a). In einer Psychotherapie, die mit Marc Aurel vertritt, dass Menschen „sich in ihren Endabsichten auf das Gemeinwohl“ (Aurel, Lib. XII, 20) richten müssen, „ihre gesunde Vernunft von keinem Menschen und keiner menschlichen Angelegenheit abwenden und alles mit wohlwollenden Augen betrachten sollen“ (ibid. Lib. VIII, 43), wird die Qualität einer „Ethik des Mitmenschlichen“ und eine heitere Lebensweisheit vermittelt, die uns in den Unüberschaubarkeiten der „transversalen Moderne“ Vertrauen auf die Potentiale des Menschlichen, Zuversicht und Hoffnung (Marcel 1964) ermöglicht (Petzold 2009k).«*

DINA ist vor dem Hintergrund eines solchen wertetheoretischen Kontextes das Angebot der Möglichkeit, „im Kontakt zu bleiben“ („*keeping contact*“, Petzold, Hentschel 1991), also nicht aus der mitmenschlichen Gemeinschaft und dem „allgemeinen gesellschaftlichen Raum“ zu fallen, sich einem „Konvoi der Hilfeleistung“, d.h. einem „sozialen Netzwerk über die Zeit“ zugesellen zu können, das „Hilfen“, ein „Weggeleit“, eine „**Karrierebegleitung**“ bieten kann (Hass, Petzold 1999; Petzold, Hentschel, Schay 2004) – wenn es gewollt ist! Und wenn es nicht in Anspruch genommen wird, steht es dennoch als Angebot bereit, wenn es zu extremen Krisen und Notlagen kommt. Damit wird keine „**prekäre Humanität**“ im Sinne einer wohlmeinenden **Mildtätigkeit** – letztlich eine Pseudohumanität – praktiziert¹⁸, sondern ein „Angebot des Möglichen“ vorgehalten, das sich seiner

¹⁸ Im Sinne einer Sozialpolitik, die unsichere (lat. *precarius* = auf Widerruf gewährt) Hilfen gibt und faktisch nach dem Muster verfährt: „Wir helfen Euch in der Armut, halten Euch knapp über der Armutsgrenze, aber wir geben Euch keine wirkliche Chance!“, wie das im Umgang mit Langzeitarbeitslosen oft der Fall ist (Hartz, Petzold 2010)

Begrenztheit durchaus schmerzlich bewusst ist und die begrenzenden politischen Realitäten kritisch sieht, indes mit ihnen umzugehen sucht, wie es für einen „**kritisch-humanitären Meliorismus**“ (Petzold 2009d) kennzeichnend ist. Er beobachtet die Maßnahmen – auch die eigenen – wachsam auf etwaige offene und verdeckte Dispositive und Diskurse der „Macht“ (sensu Foucault 1978), um nicht „falschen Humanismen“ aufzusitzen, die „humanistisch“ mit „humanitär“ verwechseln, wie das oft in der sogenannten „Humanistischen Psychologie“ der Fall ist (Eberwein 2009), oder um nicht Politiken zu unterstützen, die letztlich inhuman sind. Auch wenn man sich in einem solchen Rahmen bewegen muss, müssen unzureichende Rahmenbedingungen benannt werden und muss man ihnen in politischer Arbeit entgegentreten.

So steht **DINA** auch stets in einem politischen Feld, das Initiativen verlangt. Ein solches Konzept von „niedrigschwelliger Arbeit“ ist auch für die Beantwortung der Frage wesentlich, wann und welche weiterführenden Hilfen dem Entwicklungs- und Sozialisationsgeschehen der jeweiligen KlientInnen entsprechen und indiziert und angemessen sind. Für die Praxis der Beratung und Begleitung in der **DINA** wird damit eine humanitär ausgerichtete (Scheiblich 2008), integrative „**Philosophie des Weges**“ zugrunde gelegt (Petzold, Orth, Sieper 2008; Petzold, Orth 2004b):

*Die Menschheit ist seit 85.000 Generationen „auf dem WEG“ durch die Evolution. Jeder Mensch, Männer und Frauen, sind über ihre Lebensspanne hin unterwegs auf der Lebensstraße (ders. 2005t), und es ist gut, wenn sie nicht alleine sind auf dem WEG, sondern wenn sie einen sicheren **Konvoi** von Weggefährten haben, die ihnen beistehen können in „wechselseitiger Hilfeleistung und Solidarität“ und in einer intersubjektiven und altruistischen Grundhaltung. Ohne diese hätten wir den WEG durch die Evolution bis heute nicht überlebt. Daraus ergibt sich auch eine Begründung für eine „altruistische Ethik der Hilfeleistung“ zur Sicherung des Lebens, der Integrität und Würde von Menschen – ein gutes Motiv für niedrigschwellige Arbeit (ders. 2003d; Petzold, Sieper 2011; Petzold, Orth, Sieper 2011).*

Diese humanitäre Haltung ist, wie schon erwähnt und hier noch einmal herausgehoben, auch an die Grundwerte unserer demokratischen Verfassung rückgebunden (Art. 1 Abs. 1 – 3, Art. 2 Abs. 2 GG) und damit zugleich eine sozialpolitische Position, die insbesondere im Bereich der Niedrigschwelligkeit, der es mit besonders gravierenden Phänomenen der Verelendung, einem hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko zu tun hat, engagiert vertreten werden muss.

2. Geschichtliche Entwicklung

Die Entwicklung der niedrigschwelligen Arbeit in den vergangenen fast fünfzig Jahren weist interessante Parallelen auf zur Entwicklung des „Sozialstaates“ in der Bundesrepublik Deutschland. In den sechziger und siebziger Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts tauchte der Konsum illegaler Drogen als Breitenphänomen auf – einerseits im Zusammenhang mit einem Aufbegehren gegen die verkrustete Politik, Gesellschaft und Moral des Nachkriegsdeutschlands und seines Wirtschaftswunders – andererseits auch, besonders in Frankreich, als Verelendungsphänomen in den schon damals migrationsstarken Stadtrandgebieten, den *faubourgs*, in denen einer der Autoren (Petzold) diese Form des mit Armut, Verwahrlosung und Devianz verbundenen Drogenproblems 1966 kennen lernte, Verhältnisse, die in Frankreich

erst spät analysiert wurden, zu spät, und die zu den bekannten Jugendunruhen der neunziger Jahre geführt haben (Mauger 2006).

„Jugendliche, die vielfach in Broken-Home-Situationen und Verelendungsmilieus der in den Endsechziger- und beginnenden Siebzigerjahren schon katastrophalen Pariser Banlieues aufgewachsen waren – 'parias urbains' genannt (Waquant 2006) [...], die sich 'kein Gewissen daraus machten', jemanden zu bestehlen oder zu berauben oder körperlich zu verletzen, um an Nahrung, Kleidung, Geld, 'la drogue' zu kommen (Roché 2001), spiegeln in ihrem Denken, Fühlen und Verhalten die Anomie ihres Milieus wider (Mozère 1999), aber auch – und das gilt es zu beachten – das Desinteresse, ja die Gnadenlosigkeit von reichen Staaten bzw. Gesellschaften – und es geht hier ja keineswegs nur um Frankreich –, die einerseits Elend produzieren (Bourdieu 1993), aber keine ausreichenden Mittel für die Bekämpfung von Elend bereitstellen (Tissot 2007), die 'verlorene Generationen' in Kauf nehmen und Jugendlichen aus stigmatisierten Kontexten keine Chance geben [...]. Wir können bei diesen in Sucht und Kriminalität geratenen Menschen deshalb immer wieder von einer 'doppelten Deformation' des Gewissens ausgehen: einer Deformation, die im Devianzmilieu gründet und durch Erfahrungen von Gewalt und Dissozialität bestimmt ist und von anderen deformierenden Einflüssen, die aus der Gleichgültigkeit und aus den Stigmatisierungsprozessen des übergeordneten gesellschaftlichen Raumes (den 'besseren Milieus' der 'Wohlsituertheit') resultieren, wie dies in dem Spielfilm 'Banlieue 13' [2004] von Pierre Morel eindrücklich deutlich wird, der sich mit den Problemen der wachsenden Kriminalität in den Vororten von Paris befasst. Viviane Forrester (1996/1997) hat in ihrem berühmten Buch 'Der Terror der Ökonomie' über die Verhältnisse in der Banlieue das Dilemma treffend beschrieben.“ (Petzold, Orth, Sieper 2011, 177ff.)

In Europa gab es und gibt es bis heute durchaus unterschiedliche Situationen, die berücksichtigt werden müssen, obgleich sich heute die Phänomene in einer äußerst heterogenen Drogenszene – besser vielleicht noch in Drogenszenen – in den Milieus der europäischen Metropolen angeglichen haben. In Deutschland kam das Verelendungsproblem später ins Spiel als in Frankreich, England und den Niederlanden. Drogenkonsum war hier in den Anfängen der „Drogenwelle“ vielfach als gesellschaftlich und politisch unangepasstes Verhalten zu verstehen. Die Attraktivität eines Teiles dieser Drogen steigerte sich durch ihr Image, „bewusstseinsweiternd“ zu wirken, zumindest waren sie exotisch und „illegal“, also kulturfremd und verboten. Bald wurde allerdings auch die Gefährlichkeit der sogenannten „harten Drogen“ innerhalb der „Szenen“ erkannt. Antworten kamen zunächst aus der Selbsthilfe (1969 -1972, Sollmann 1974), professionelle Ansätze folgten indes schon bald (Petzold 1972f, 1974b, Petzold et al. 2006). Ambulante Hilfeangebote der Selbsthilfe oder von ehrenamtlich engagierten Menschen erfolgten meist in Form von Teestuben, Aufenthaltsmöglichkeiten und Kontaktnahme und mündeten manchmal in langjährige Beratung, Begleitung und Betreuung, ohne das spätere professionelle Selbstverständnis der endsiebziger und der achtziger Jahre. Gemeinsam mit den stationären therapeutischen Wohngemeinschaften (Petzold, Vormann 1980) wurde so ein Gegenentwurf zu den Arbeitsansätzen der klassischen Psychiatrie gebildet und Alternativen zum Umgang mit gesellschaftlichen Problemgruppen aufgezeigt.

Mit dem Ausbau des Sozialstaates in den siebziger Jahren erfolgte eine Professionalisierung der Arbeit. Ähnlich wie bei der Entwicklung der selbstverwalteten Jugendzentren hin zu organisierten und sozialarbeiterisch oder

sozialpädagogisch geführten „Offenen Türen“ (OTs), wurde die Drogenhilfe zunehmend mit der Professionalisierung und der öffentlichen Finanzierung von sozialstaatlichen Vorgaben abhängig.

In den achtziger Jahren stand die mittlerweile von der Sozialarbeit maßgeblich bestimmte Suchtarbeit immer mehr unter der Prämisse von Hilfeleistungen in der Drogenarbeit gegen eine Bereitschaft zu einer radikalen Veränderung des Lebensstils der Betroffenen. Deutlich wurde diese Entwicklung gefördert mit der Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes, der Einführung des Prinzips „Therapie statt Strafvollstreckung“ und dem Einstieg der Kranken- und Rentenversicherungsträger als Leistungsträger in der stationären Behandlung. Spätestens in dieser Phase wurden Selbsthilfe und Ehrenamt zurückgedrängt und überließen zunehmend das komplexe und „etablierte“ Feld den „Professionellen“ – ob mit besseren Resultaten, bleibt noch zu untersuchen. Die Drogenhilfe begann sich in soziale, psychologische und medizinische Suchthilfe zu differenzieren. Therapieketten und Therapieverbände entstanden zwischen 1972 und 1978 in Zentren wie Hannover, Frankfurt, München, viele davon angeregt, begleitet und langjährig supervidiert von *Hilarion Petzold* und seinen MitarbeiterInnen (*Petzold* 1974c, *Petzold, Vormann* 1980), und entwickelten sich jetzt mit Hilfe von Landesdrogenprogrammen, um den geforderten Ausbau von Therapieplätzen voranzutreiben. Jene Drogenabhängigen, die innerhalb dieser Anforderungssysteme nicht funktionierten, also nicht dazu bereit oder in der Lage waren, ihr Leben gegen Hilfeleistung zu verändern, wurden von den Angeboten der Drogenhilfe nicht mehr erreicht. Sie wurden „ausgeblendet“, negiert und verelendeten, bis sie in den großen Städten nicht mehr zu übersehen waren. Die Notwendigkeit von Hilfen als unmittelbare Antwort auf die pure Not wurde immer drängender.

1985 erfasste nicht nur die westliche Welt ein Schock. Das Auftreten des HTL-Virus (später HI-Virus) und der Krankheit Aids stellte eine plötzliche und massive Bedrohung dar. In Westeuropa galten neben Homosexuellen und Prostituierten mit ihren „Freiern“ vor allem Drogenabhängige wegen ihrer Konsumgewohnheiten als eine der Hauptrisikogruppen. Unter diesem Schock starteten Programme, die die Ausbreitung der Infektionen verhindern sollten. Maßnahmen wie Spritzentausch erforderten nur kurze juristische Gefechte bis zu einer Klärung. Die Substitution mit Drogensatzstoffen wurde in Modellversuchen erprobt und bald flächendeckend eingeführt. *Petzold* hatte schon 1972 in Hannover in der ersten „Therapiekette“ Deutschlands auch das erste ausgefeilte Programm von **niedrigschwelligen Maßnahmen** konzipiert: Streetwork, Work-Shop, Notschlafstelle, Teestube nebst einem differenzierten Substitutionsprogramm. Es wurde in der BRD das Pionierprojekt von *Jürgen Lotze*, *Christa Krach* u.a. durchgeführt und von *Petzold* supervidiert und wissenschaftlich begleitet, dann aber politisch für Jahre verunmöglicht (vgl. *Petzold* 1974b, 450-456; *Lotze et al.* 1974; *Krach et al.* 1978). Niedrigschwelligkeit wurde in Kämpfen durchgesetzt – begleitet von ideologiebehafteten Debatten über die Fortsetzung des „Königsweges Abstinenztherapie“ oder von „neuen Wegen“ der „Akzeptanz“ oder des sogenannten „pragmatischen Handelns“, das durchaus auch als Aktionsfeld von sozialpolitischen Aktivisten zu sehen war.

In den Folgejahren gelang es, mit Hilfe bundesfinanzierter Programme niedrigschwellige Hilfen breit auszubauen und in die Verantwortung der jeweiligen Bundesländer und Kommunen zu überführen. Handlungsleitend waren hier weniger Mitgefühl und Solidaritätsverpflichtung gegenüber zunehmend verelendeten Menschen inmitten der Gesellschaft und die Einsicht in sozialpolitische Erfordernisse, sondern die Maßnahmen waren überwiegend gesundheits- und ordnungspolitisch

motiviert. Ziel war neben der Verhinderung der Ausbreitung von Aids die Auflösung der offenen Drogenszenen und die Korrektur des öffentlichen Erscheinungsbildes in vielen deutschen Städten. Mit der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes im Jahr 2000 wurde eine legale Basis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in der Bundesrepublik Deutschland geschaffen. Seither erließen sechs, mehrheitlich westliche Bundesländer die notwendige Rechtsverordnung und schufen damit die Voraussetzung für die Einrichtung von zum Teil recht unterschiedlich konzipierten Drogenkonsumräumen. Ab der Jahrtausendwende ist in Deutschland eine fortschreitende Entwicklung vom „fürsorgenden Wohlfahrtsstaat“ der siebziger und achtziger Jahre hin zu einem prekären „Postwohlfahrtsstaat“ festzustellen (vgl. mit unterschiedlichen Argumentationen *Bütow 2007; Seith 2010*). Der Staat erscheint unter dem Kostendruck im Gesundheitssystem bei Priorisierung anderer Zielsetzungen im Sog neoliberaler Entwicklungen und ist nicht mehr „Interessent“ am Wohlergehen seiner BürgerInnen, sondern zieht sich unter dem „Terror der Ökonomie“ (*L’horreur économique, Forrester 1996*) zurück auf die Rolle als „ermöglichender Staat“, in dem jede(r) Hilfebedürftige selbst verantwortlich gemacht wird, die Systeme zum eigenen Fortkommen zu nutzen. Diese Entwicklung bedeutet einen Wandel vom Prinzip der Solidargemeinschaft und sozialstaatlicher, humanitärer Daseinsfürsorge zum ökonomischen Rationalitätsprinzip marktförmig organisierter Dienstleistungen (vgl. *Bossong 2008*). Für die Träger von Hilfeangeboten bedeutet das entweder eine Hinwendung zu den refinanzierbaren Leistungen „am Markt“, der sich zunehmend in Richtung ökonomisierter Profitunternehmungen orientiert, oder die totale Abhängigkeit von freiwilligen – und damit prekären – Leistungen vor allem der Kommunen. Niedrigschwellige Hilfen bieten in aller Regel keine refinanzierbaren Leistungen. In Zeiten der Finanznöte der öffentlichen Hände wird die Lage für jene, die Hilfen für Menschen in Not und in prekären Lebenslagen anbieten, selbst prekär in Bezug auf Planungssicherheit, auf Arbeitsstandards und auf Ressourcen. Neue Ideen und zumindest ergänzende Finanzierungskonzepte sind in Zukunft gefragt. Es bleibt das Ringen um den ethischen Konsens und demokratietheoretische Positionen, das für die gefährdeten und benachteiligten Teile der Gesellschaft Randständigkeit verhindert, Teilhabe ermöglicht und bei eingetretenen Beschädigungen (wie die Ausbildung von Störungen mit Krankheitswert) Hilfe und Versorgung gewährleistet. Das wäre letztlich gegenüber den Risiken kostenaufwendiger Chronifizierungen auch volkswirtschaftlich sinnvoll – aber so weit blicken die Verantwortlichen meist nicht.

3. Arbeitsansätze und Begriffe

„Ausschließlich abstinenzorientierte Konzepte und Strategien der Drogenpolitik und Drogenhilfepraxis in der Bundesrepublik Deutschland haben sich in der Vergangenheit als weitgehend nicht tragfähig erwiesen“ (Schneider 2010). Diese Feststellung steht hinter der Ausbildung der verschiedenen Ansätze von Niedrigschwelligkeit. Je nach inhaltlicher Ausrichtung finden wir verschiedene Begriffe zur Beschreibung der niedrigschwelligen Hilfen, die zudem synonym verwendet werden. Die gebräuchlichsten werden im Folgenden vorgestellt und inhaltlich kurz differenziert.

Gemeinsames Ziel aller Arbeitsansätze ist die Zurückstellung des sofortigen Veränderungs- oder Behandlungsanspruches zugunsten von Reaktionen auf die akute Notlage der Betroffenen und eine Akzeptanz ihrer Lebenslage. Es geht um das Schaffen von Überlebenshilfen und um Verbesserungen für die bedrängende bzw.

prekäre Aktualsituation. Darüber hinausgehend aber weichen die Konzepte und die Vorstellungen von wirkungsvollen niedrigschwelligen Hilfen zum Teil sehr weit voneinander ab.

3.1 Schadensminimierung, Risikominderung, Harm Reduction

Diese Konzepte konzentrierten sich auf Maßnahmen, die Risiken des Lebens mit Drogen zu senken. Ein Hintergrund dieses Ansatzes waren Forschungserkenntnisse, dass es Heroinkonsumenten gibt, „die – wie die meisten Gelegenheitstrinker – in der Lage sind, gelegentlichem Heroingenuss nachzugehen und dabei potentiell nachteiligen Wirkungen zu entgehen“ (*Harding* 1981, 1217). Kontrollierter Gebrauch von Opiaten – das zeigten die Untersuchungen von *Harding* (1981, 1984, 1988; idem et al. 1980), *Peele* (1977, 1998), *Zinberg* (1979, 1983, 1984; idem et al. 1976, 1977, 1978) – ist möglich, allerdings unter spezifischen Bedingungen – nicht zuletzt abhängig von der wirtschaftlichen Situation der User –, die ihnen einen kontrollierten, risikoarmen Gebrauch ermöglichen durch:

- bewusste Risikoabschätzung in der konkreten Konsumsituation;
- spezifische Vorsichtsmaßnahmen hinsichtlich der Applikation;
- Drogengebrauch in der Regel nur in Gemeinschaft, um ggf. sofortige Hilfe zu ermöglichen;
- positive Besetzung von Genussintensivierung bei gleichzeitiger Ablehnung von Autonomie- und Kontrollverlust;
- zeitliche Strukturierung des Konsums und seine Integrierung in die Alltagsorganisation;
- Integrierung des Konsums in die funktionalen Anforderungen der konventionellen Lebens- und Arbeitskontexte;
- Vermeidung eines drogenorientierten Lebensstils;
- Distanz zur öffentlichen Drogenszene;
- Unterlassung des Konsums, wenn die finanziellen Mittel zum Drogenerwerb nicht ausreichen“ (vgl. *Legnaro, Schmieder* 2005).

Menschen aber, die diese Kontrollmöglichkeiten haben und über ein solches Willenspotential verfügen (*Velt* 2008; *Petzold, Sieper* 2008), gehören in der Regel nicht zu unseren Problemgruppen in der Suchtkrankenarbeit. *Hardings* Vorstellung, dass die kontrollierten Gelegenheitsuser zeigen, es könne zu einer Normalisierung des illegalen Drogengebrauchs kommen, der in das kulturelle Gesamtleben integrierbar wäre (*Harding* 1981, 1217ff.), gewann eine gewisse Verbreitung bei Verfechtern einer grundsätzlich akzeptierenden Drogenarbeit. Natürlich blieb klar, dass auch „Chippers“ riskant und in der Gefahr leben, „kompulsiv“ abhängig zu werden, abzustürzen. Deshalb ist risikomindernde Arbeit wesentlich. Der professionellen Drogenhilfe könnte dann die Aufgabe zukommen, die „Bergwacht“ für Extrembergsteiger zu übernehmen. Aber soll das die Allgemeinheit bezahlen? Und bei einem Wettersturz sind die Chancen des Überlebens nicht gut. Der Kick an der Eiger Nordwand wurde oft mit dem Leben bezahlt. Risikominderung bei eingetretenem Schaden ist da eine andere Sache und hat zum Ziel die Verbesserung des beschädigten körperlichen und psychischen Zustandes bzw. der zerstörten sozialen Situationen sowie die Prävention weiterer Schäden, vor allem durch Infektionen. Bei den Maßnahmen handelt es sich z. B. um Strategien der Information und der psychoedukativen Aufklärung zu *safer use* und zu *safer sex*, um Ausgabe von Kondomen, Bereitstellung von sterilen Spritzen und Nadeln, Spritzenautomaten, Impfprogrammen, Essensausgaben, medizinischen Behandlungen und anderes mehr.

Was die Forschungsergebnisse zum kontrollierten Gebrauch von Opiaten, Kokain, ja von ‚Crack‘ gezeigt haben, ist in den ideologischen Pro-und-Kontra-Freigabe-Debatten unterschiedlich aufgegriffen und mit Positionen zu Legalität / Illegalität, Freiräumen und Repression verbunden worden, was zur Entwicklung von prägnanten Positionen einer „akzeptierenden“ Drogenarbeit führte und zu nachdrücklichen Veränderungen drogenpolitischer Orientierungen. *Legnaro und Schmieder (2005)* haben diese Entwicklungen dargestellt. Dabei wird meist die Heterogenität der Forschungsergebnisse und der untersuchten Populationen nicht genügend berücksichtigt und die damit gegebene mangelnde Repräsentativität der „findings“. Klar ist indes geworden, dass in höchst differentieller Weise an die Gruppen der Konsumenten, User, Nutzer von Suchtstoffen, Genussmitteln – wie auch immer –, ja an jeden Einzelnen herangegangen werden muss. Klar ist auch, dass von einer strikten Multikausalität der Verursachungen ausgegangen werden muss, die psychische, soziale, ökonomische, ökologische Dimensionen, genetische Dispositionen und die spezifischen *Vulnerabilitäten* komplex erfassen muss und dabei auch besondere Kompetenzen, Ressourcen, Risiko-, Protektiv- und Resilienzfaktoren zu berücksichtigen hat (*Petzold, Hentschel 1991; Petzold, Müller 2004*). Es wird dabei unumgänglich, sich darüber klar zu werden, dass generalisierbare „Gesamtstrategien“, die die Probleme nachhaltig lösen werden, nicht zu haben sind. Die Kausalitäten und ihre Konsequenzen sind zu vielfältig. Weder werden „**die** Süchtigen“ (die es natürlich in dieser Verallgemeinerung nicht gibt) durch die Illegalisierung von Drogen produziert, noch werden sie durch deren Freigabe gerettet, sondern wir werden es in der einen wie in der anderen Kondition mit vielfältigen persönlichen und gruppalen Problemlagen zu tun haben, in denen es immer wieder auch und **notwendig** um Risikominderung, Harm Reduction, mitmenschliche Hilfeleistung im Elend geht. – *Akzeptanz hin oder her*, niedrigschwellige Arbeit unter der Perspektive des Harm Reduction ist als Strategie und Angebot im Fächer multimodaler Drogenarbeit nicht verzichtbar.

3.2 Akzeptierende Drogenarbeit

Dieser Ansatz ist mit den Konzepten der Schadensminimierung eng verwandt. Auch hier geht es im Zentrum um gesundheitsförderndes Handeln mit der Absicht, „bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern und gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, um alle Menschen zu befähigen, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen“ (*Schneider, Stöver 2000, 22*). Man vertritt die Annahme:

„Drogengebraucherinnen und Drogengebraucher sind mündige, zur **Selbstverantwortung** und Selbstbestimmung fähige Menschen. Sie haben ebenso wie alle anderen ein Recht auf menschenwürdige Behandlung und Respekt. Drogenkonsum sehen wir differenziert als **Lebensstiläußerung**, als Entscheidung, als Genuss, als Selbstmedikation oder auch als Krankheit, für die es angemessene, das heißt bedürfnisorientierte Hilfen und Therapien geben muss. Akzeptierende Drogenarbeit basiert auf **Freiwilligkeit** und ist nicht bevormundend ausgerichtet. Die Selbstbestimmung des Einzelnen steht im Vordergrund.

Akzept steht für eine Normalisierung im gesellschaftlichen Umgang mit der Drogenproblematik und **bedürfnisgerechte** Angebote für Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten.“ (<http://www.akzept-nrw.de/akzeptanzorientierte-drogenarbeit/> - aufgerufen 10. 2. 2011)

Würden demnach DrogenkonsumentInnen mit ihrem selbst gewählten Lebensstil angenommen und akzeptiert, so würden auch ihre Erfahrungen und Kompetenzen im Zusammenhang mit ihrem drogenorientierten Leben ernst genommen und wertgeschätzt. *Akzeptanzorientierte Drogenarbeit* kooperiere mit den DrogengebraucherInnen bei der Erarbeitung eines eigenverantwortlichen und risikomindernden, aber auch genussorientierten Umgangs mit „illegalisierten“ (sic!) Drogen. Dazu müsse sie „Drogen-Beratung“ im eigentlichen Wortsinne durchführen und entsprechende Angebote vorhalten (*Schneider, Stöver* 2000, 22 f.).

Als zentrale Stichwörter der Gesundheitsförderung werden „Interessenanwaltschaft“, „Vermittlung / Vernetzung“, „Befähigen“ (Empowerment) und „Ermöglichen“ benannt (*dies.*, 24). Die Anerkennung des *Selbstbestimmungsrechtes* und der *Betroffenenkompetenz* der KonsumentInnen steht im Vordergrund. Ziel ist die Förderung ihrer Selbstverantwortung und die Stärkung ihrer Autonomie und Selbstbestimmung. Das müsse die Konsequenz aus den Forschungsergebnissen zum kontrollierten Drogengebrauch sein. Zu Recht schreibt *Uwe Kemmesies* (2004, 192), dass es zwar wichtig sei, „immer wieder darauf hinzuweisen, dass der Drogenkonsum nicht ausschließlich in psycho-soziale Verelendung und Abhängigkeit mündet und dass das Drogenphänomen zu facettenreich ist, um es alleinig mit einer auf ein generelles Drogenverbot abgestellten Drogenpolitik steuern zu wollen.“ Dennoch könne man in der Forschung zum kontrollierten Drogenkonsum auch einen „ideologischen Gegenentwurf zu einer primär auf Repression abgestellten Drogenpolitik“ sehen. Aber Forschungsfragen werden nicht wertneutral generiert und Forschungsaufträge nicht absichtslos vergeben, zumal nicht die aus öffentlichen Mitteln geförderten. Man muss das interplay von Drogenpolitik, Interessengruppen mit ihren Ideologien und Forschung gut beobachten, um sich durchzufinden. Aussagen wie die von *Schmidt-Semisch* – nach zwanzig Jahren betrachtet – machen das exemplarisch deutlich: Das „Konsummuster des kontrollierten Gebrauchs, das in seiner Struktur als Heroin-Kultur bezeichnet wurde, kann somit als die langfristige Perspektive und Hoffnung einer Legalisierung angesehen werden, die jenseits von Konsumverbot und Konsumgebot sowie jeglicher Profitmöglichkeiten liegen sollte“ (*Schmidt-Semisch* 1990, 165; vgl. *dies.* 1994). Ein Blick auf die drogenpolitische Situation heutzutage zeigt, was aus solchen Hoffnungen geworden ist. In der *Akzeptierenden Drogenarbeit* wurde als Konsequenz der konzeptuellen Überlegungen der Begriff des „**Klienten**“ abgelehnt, da er eine Stigmatisierung und Bewertung transportiere, welche die „Willens- und Handlungsfreiheit“ verhindere – eine These, die im Lichte der Diskussionen in den und mit den modernen Neurowissenschaften, die allenfalls eine „bedingte Willensfreiheit“ annehmen (*Petzold, Sieper* 2008a), ohnehin neu diskutiert werden muss. Eine „**Klientelisierung**“ vollziehe sich, indem der oder die Konsumierende sich „in das Gehäuse der Experteninterpretation“ begeben und in diesem Zuge die defizitäre Wahrnehmung in Form einer Selbstetikettierung übernehme und so erst zum „Klienten“ gemacht werde. Durch die Definition als „behandlungsbedürftige, gestörte Klienten“ würden dieselben als „gleichberechtigte Verhandlungs- und Kooperationspartner“ ausscheiden (*Schneider* 2001, 21).

Das Drogenelend wird nach Auffassung der *Akzeptierenden Drogenarbeit* im „Kern verursacht“ (!) durch eine repressive Drogenpolitik und eine repressive Drogengesetzgebung. Demzufolge wird auch der „**Krankheitsbegriff**“ abgelehnt: mit dem Konstrukt „Krankheit“ würden der oder die Kranke zum nur noch passiven Opfer degradiert, sie würden zu unmündigen Behandlungsobjekten (vgl. *Schneider, Stöver* 2000, 26).

Eine solche undifferenzierte sozialkonstruktivistische Argumentation ist natürlich hoch ideologisiert und soziologisch problematisch, aber auch juristisch – man kann sich als Bürger eines demokratischen Staates, gerade auch als Angehöriger helfender Berufe, die zumeist aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, nicht aus dem gesetzlichen Rahmen herausstellen (man kann auf ihn politisch einwirken, das ist eine andere Sache). Die Konzepte der *Schadensminimierung* und der *Risikominderung* mit informierenden und aufklärenden Elementen sind zweifellos ein notwendiger Bestandteil jedweder Hilfen für die betroffene Klientel. Isoliert angeboten, greifen sie jedoch deutlich zu kurz.

Auch die zentralen Begriffe der *Akzeptierenden Drogenarbeit* wie „Interessenanwaltschaft“ und „Befähigen“ und „Ermöglichen“ stellen wertvolle Ansätze dar, genügen aber nicht als Antwort auf die komplexen Sachverhalte. Ein Gleiches gilt für *unspezifische* Empowermentkonzepte. Bislang liegen hier weder ausgearbeitete Theoriemodelle noch probate Interventionsansätze vor. Mit der Abkehr vom dominanten Ziel der Abstinenz wird noch kein verantwortlicher, reflektierter, „kontrollierter Gebrauch“ erreicht, wie ihn *Guido Nöcker* (1990, 1991) im Sinne hatte. Durch angemessene Begleitung auf der „Basis einer toleranten Grundhaltung“ sollen – so der Autor – Jugendliche dann „erkennen, dass es erheblich auf sie selbst ankommt, dass ihr Handeln Konsequenzen hat, die auf sie selbst und andere zurückwirken“ (idem 1990, 212f.). Das reicht gerade bei problembelasteten Jugendlichen überhaupt nicht aus, um zu einem „verantwortlichen und kontrollierten Gebrauch“ zu kommen, wie jeder, der mit solchen Jugendlichen sozialpädagogisch, sozio- und psychotherapeutisch arbeitet, weiß (*Petzold, Feuchtnner, König* 2009). Binge-Drinking, Koma-Saufen (*Stolle et al.* 2009) ist „akzeptierend“ nicht beizukommen. Hier besteht die Gefahr, dass „Akzeptanz“ zu euphemistischer Verleugnung von Gefahrenpotentialen wird oder mit dem Abwehrmechanismus der „Verkehrung ins Gegenteil“ auf faktische, resignierte Hilflosigkeit reagiert. Die „Verhinderung von Abhängigkeitsentwicklungen bei dauerhaftem Missbrauch durch Ermöglichung eines kontrollierten Konsums“ (*Franzkowiak* 1999, 66) durch „Risikomanagement“ bzw. Vermittlung von „Risikokompetenz“ hat bei den wirklich gefährdeten Gruppen von Jugendlichen aus dem Prekariat keine Realisierungschance. Zielkategorien wie etwa „Riten des Genießens‘ in Verbindung mit ‚Regeln für (sichere) Räusche‘“ (ebd., 72), sind bei den vorhandenen Frustrationslagen und der damit verbundenen Gewaltbereitschaft, auch der Gewalt gegen sich selbst (!), unrealistisch, nicht zu reden von dem anflutenden Verzweiflungs- und Sinnlosigkeitserleben, das ohne Perspektiven der Veränderbarkeit in Verrohungs- und Vergleichgültigungsprozesse mündet. Unter der Perspektive „negativ wirksamer Neuroplastizität“ (*Hüther* 2008) sind die Überlegungen von *Franzkowiak* zum „kontrollierten Konsum“ und anderer, die ähnliche Positionen vertreten, kritisch zu betrachten. Probleme entstehen, wenn man Untersuchungen, die „kontrollierten Drogengebrauch“ dokumentieren, zur Konzeptbildung für Gruppen heranzieht, bei denen von Alter, Herkunft, Vorschädigung, Lebenslage und gesellschaftlicher Situation (Stichwort Jugendarbeitslosigkeit) völlig andere Bedingungen gegeben sind, also die berühmten Äpfel mit Birnen vergleicht oder gar gleichsetzt. Dann kommt es zu ideologischen Allgemeinplätzen, die nicht weiterführen oder falsch werden. Anders kann man Äußerungen wie die von *Legnaro, Schmieder* nicht werten, wenn sie zum „Kontrollierten Konsum in neoliberalen Zeiten“ schreiben: „Insofern gewinnen im *neoliberalen Jahrhundert* die ‚Kontrollierten Drogenkonsumenten‘ möglicherweise erheblich an Freiheit, die sich allerdings umso schärfer gegen sie selber wendet, wenn sie die Kontrolle verlieren. Es ist diese

Ambivalenz einer neoliberalen Drogenpolitik, die den ‚Kontrollierten Drogenbrauch‘ zu einem prekären Paradigma werden lassen könnte – zu dem es unter *emanzipativem Blickwinkel* allerdings unseres Erachtens keine Alternative gibt“ (2005, 11, unsere Hervorhebungen).

Begriffe wie „neoliberales Jahrhundert“ haben im Kontext *Bourdieu*’scher Kampfrhetorik (Leitner, Petzold 2005, 2010) einen richtigen Ort und konnten in „Raison d’agir“ (heute *Savoir/Agir*; <http://savoir-agir.org/>) ein politisches Momentum gewinnen, eignen sich aber nicht für sozialepidemiologische Analysen und soziotherapeutische Strategiebildungen. **Kontrollierter Drogengebrauch ist immer prekär** – da soll man sich nichts vormachen. Wir affirmieren das, weil wir seit dreißig Jahren, der Seniorautor seit mehr als vierzig Jahren, in der Drogenarbeit stehen – hochschwelliger und niedrigschwelliger – und beide Ansätze als unverzichtbar vertreten. Wir wissen, wovon wir reden im Angesicht des Elends, mit dem wir in der Praxis konfrontiert sind. Wir verstehen auch die Rede vom „*emanzipative[n] Blickwinkel*“ nicht. Hier scheint ein sehr fragwürdiges Emanzipationsverständnis vorzuliegen. Im Römischen Recht stand der Begriff für die Freilassung eines Sklaven (*e manus capere*, aus der Hand des Herrn nehmen), der dann sein Leben selbst in die Hand nehmen konnte. Hier jedoch setzt sich jemand dem Risiko der Versklavung durch die Drogen aus. Einer modernen Auffassung geht es jedoch bei Emanzipation unter entwicklungspsychologischer Perspektive um ein Selbst-ständig- Werden in den Adoleszenzprozessen (Oerter 1985; Oerter, Montada 2008; Petzold 2007d), um den Gewinn von **wachsender Freiheit** gegenüber den naturgegebenen Begrenzungen der Kinderzeit und der Abhängigkeiten von der familiären Fürsorge. Im Verständnis der integrativen „Entwicklungstheorie der Lebensspanne“ geht es dann um die permanenten Prozesse der **Identitätsarbeit** (Petzold 2001p, 2011b), des Gewinns an **persönlicher Souveränität** für die eigene Lebens- und Selbstgestaltung im Sinne einer „Lebenskunst“ – das „Selbst Künstler und Kunstwerk“ (idem 1999p; Foucault 2007; Schmid 1998). In diesen Prozessen, die polylogischen, ko-respondierenden Austausch mit relevanten Anderen erfordern, wird – wenn sie gelingen – umfassendere Bewusstheit gewonnen, wird zunehmende „Freiheit des Willens“ *e r a r b e i t e t* (er fällt nicht in den Schoß). Es wird die Fähigkeit entwickelt, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, es in kritisch-exzentrischer Überschau immer besser zu erfassen. Mit HeroldInnen der Emanzipation wie *H. Arendt, P. Bourdieu, J. Butler, M. Foucault, J. Habermas, M. Nussbaum, R. Rorty, J. Skhlar, R. Sen* – für uns im Integrativen Ansatz wichtige ReferenzautorInnen (vgl. Petzold 2009d, Orth 2010) – gilt es, die Spiele der Macht und die Politiken der Interessengruppen klarer zu durchschauen und zu verstehen. Dann vermag man mit eigenem Urteilsvermögen, also in hinlänglicher Freiheit, die Gesellschaft mitzugestalten, in der man lebt. Es ist ja unsere Gesellschaft, wie *Paul Goodman* (1962) hervorhob! Ein süchtiger Lebensstil rüstet für solche Emanzipationsaufgaben sicher nicht aus, und ein flaches Emanzipationsverständnis, das Drogengebrauch zu einem Kriterium emanzipativer Freiheit macht, ist u. E. keine gute Basis für die Drogenarbeit. Freiheit ist immer durch Grenzen und den Umgang mit Grenzen bestimmt, anders ist sie nicht zu haben! Kompulsive Drogenabhängigkeit ist immer als ein Scheitern im Umgang mit Grenzen zu sehen. Das ist unsere anthropologische Position (Petzold 2003e, 2011a), und ohne anthropologischen Standort sind die Fragen des Lebens in prekären Grenzbereichen und der Arbeit mit Menschen an den Grenzen der Existenz, ja oft des Lebens, nicht fundiert anzugehen.

Das Thema des Kontrollgewinns und -verlusts (*Flammer 1990*) ist für uns nicht nur eine Frage pragmatischer Verhaltenssteuerung – obgleich es zentral ist, den „*locus of control*“ bei sich zu haben, und kontroll- und attributionstheoretische Konzepte für uns hohe Praxisrelevanz haben –, sondern auch eine Frage eines Bildes vom Menschen, dessen Würde und Integrität auch von der Souveränität des Umgangs mit sich selbst bestimmt ist, so lange es ihm möglich ist. Krankheit, Unfall, Demenz, Hinfälligkeit im hohen Alter (*Petzold, Horn, Müller 2010*) und kompulsives und exzessives Verfallensein an Süchte verursachen dann Einschränkungen, wo beispringende Hilfe notwendig wird, um – wie schon ausgeführt – Integrität zu sichern. Niedrigschwelligkeit und Akzeptanz-Haltung hat deshalb für uns nichts mit einer Laissez-faire-Haltung zu tun und nichts mit einer resignativen Aufgabe, sondern mit einer „Ethik der Integritätssicherung“.

Wir stehen deshalb durchaus Programmen wie dem von *Edith Cramer* und *Gerard Schippers* (1996, 2002) entwickelten kognitiv-behavioralen SCIP-Modell als „Motivierungsintervention“, als eine „Spirale nach oben“ (Arbeitsbuch und Selbsthilfebroschüre) positiv gegenüber, die auch im niedrigschwelligen Bereich mit der entsprechenden Population mit nachgewiesenen Effekten eingesetzt werden kann. Die Ausgangsannahme, kompulsiver Drogenkonsum sei Verhalten, dass folglich auch durch Lernen modifizierbar sei, ist prinzipiell richtig, wenn man dabei einen „komplexen Verhaltensbegriff“ – wie im Integrativen Ansatz – zugrunde legt. Dieser fokussiert kognitives, emotionales, volitionales, sensumotorisches und sozial-kommunikatives Verhalten (*Sieper, Petzold 2002, Chudy, Petzold 2011*), welches sich auf der Ebene neurozerebraler Prozesse und zugleich auf der Ebene des aus diesen Prozessen *emergierenden* personalen Leib-Subjektes vollzieht (*Petzold 2009d*), das von differentiellen Motivations- und Sinnsystemen bestimmt ist (*Petzold, Orth 2005a, 53ff., 372ff.*), und von diesen hängen letztlich Erfolg und Misserfolg von Maßnahmen ab. Insofern ist es richtig, wenn *Legnaro* und *Schmieder* (2005) herausheben, „dass es nicht die Drogen sind, die Macht über bestimmte Menschen haben, sondern dass Menschen auf bestimmte Art mit diesen Substanzen umgehen“. Die Konklusion allerdings, die sie und andere aus diesem banalen Faktum ziehen, dass Menschen, also generalisierend ausgesagt, „ihren Konsum grundsätzlich aber auch *jederzeit* verändern, mithin kontrollieren können“ (ebd., unsere Hervorhebung), widerspricht jeder empirischen Evidenz in der niedrigschwelligen Arbeit auf der Straße oder in den „Druckräumen“, und wir reden hier nicht von den „wenigen Ausnahmen“!

Resignative Akzeptanz, Umdefinierung von Faktizitäten durch „professionelles Wunschdenken“ sind deshalb genauso zu problematisieren wie Ideologien sozial- und therapietechnologischer „Machbarkeit“.

„Die weitverbreitete Vorstellung, man müsste nur das entsprechende pädagogisch-passgenaue 'Werkzeug' sprich Methoden (neuerdings sehr beliebt: Motivational Interviewing, Psycho-Education) anwenden, um erwünschtes Verhalten, also meist Abstinenz „herzustellen“ bzw. zu „produzieren“, ist professionelles Wunschdenken. Natürlich können sich Menschen (ver)ändern. Aber das ist ihr Werk, ihre Tatkraft, ihr Umsetzungswille und nicht das von Experten, die bestimmte 'pädagogische' Methoden zur Herstellung vorab definierter 'Produkte' einsetzen. Auch drogenabhängige Menschen sind immer Subjekte ihrer eigenen Entwicklung, die durch Drogenhilfe prozessbezogen, moderierend unterstützt werden kann, aber nicht hergestellt, produziert wird. Es geht darum, *Angebote (Maßnahmen) vorzuhalten*, die

günstige Bedingungen für die moderierend unterstützte, selbsttätige Gestaltung der je individuellen Lebenspraxis bereitstellen“ (Schneider 2010, 12).

Einer solchen Position ist durchaus viel abzugewinnen, wenn man sich über die „vorzuhaltenden Maßnahmen“ und die Formen der „moderierenden Unterstützung“ einigen kann. Sie muss auf jeden Fall differentiell erfolgen. Wenn *Akzeptierende Drogenarbeit* ein Konsumentenbild annimmt, „das den Gebraucher als einen Menschen zeichnet, der – wenn auch vor dem Hintergrund einer möglichen Sucht – prinzipiell in der Lage ist, seinen Konsum selbstbestimmt zu regulieren“ (Legnaro, Schmieder 2005, 12), dann mag das durchaus für bestimmte, vorhandene Gruppen zutreffen. Für unsere „Problemgruppen“ der Hard-Core-Szene trifft das weitgehend **nicht** zu. An differentiellen Ansätzen für differente Gruppen wird man also nicht vorbeikommen, deshalb sind Polarisierungen der einzelnen Ansätze unsinnig.

3.3 Differentielle und integrative niedrigschwellige Arbeit (DINA)

Wir gehen als VertreterInnen von *entwicklungs- und prozessorientierten Hilfen in der niedrigschwelligen Arbeit* von deutlich anderen Voraussetzungen des Verständnisses aus als ein Teil der Akzeptanz-Bewegung. Unser differentieller und integrativer Ansatz der Niedrigschwelligkeit (**DINA**) geht vom grundlegenden „**Respekt vor der Andersheit des Anderen**“ (Levinas, Sennett) aus, von einer auf die „**Gewährleistung von Würde und Integrität**“ gerichteten intersubjektiven und humanitären „Praxis in melioristischer Absicht“, die also Verhältnisse verbessern will im Interesse der Betroffenen und partnerschaftlich mit ihnen (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999). Und deshalb fragen wir zunächst nach dem Selbstverständnis des jeweiligen Gegenübers. Liegen nämlich z. B. – wie häufig bei Drogenkonsumenten – somatische Erkrankungen oder Probleme (HIV, Hepatitis, Unfallverletzung) oder eine psychiatrische Krise vor, so ist die selbsterlebte, mit Beschwerden und Ängsten verbundene *Erkrankung* häufig mit der *Selbstattribution* „ich bin krank, bin Patient, brauche Hilfe“ verbunden. Das ist dann zumeist konvergent mit der *Fremdattribution* des ärztlich festgestellten „**PatientInnenstatus**“. Es wäre also absurd, ja respektlos, diesem Menschen ein anderes Label (Konsument, Nutzer, Kunde gar) aufzotroyieren zu wollen. Eine weitere Position neben der des **Respekts** ist die der „**beispringenden Fürsorge**“. Liegt nämlich eine Erkrankung oder ein Unfall vor, so ist eine Hilfeverpflichtung angesagt – nicht umsonst ist „Unterlassene Hilfeleistung“ nach § 323c StGB ein echtes Unterlassungsdelikt. Grundgedanke für diese „Jedermannspflicht zur Hilfe“ in diesem Paragraphen ist, die in Notfällen gebotene **mitmenschliche Solidarität** innerhalb der Gesellschaft zu gewährleisten.

TERMINOLOGISCHES:

PatientInnenstatus: Er wird durch die ärztlich festgestellte, akut behandlungsbedürftige Erkrankung begründet und ist die einzige Möglichkeit zu einem **Recht** auf medizinische Versorgung. Ein Gleiches gilt für psychiatrische Krisen. **PatientInnen** sind mit diesem Status bei der Inanspruchnahme einer medizinischen Dienstleistung keine „**KundInnen**“ (das sind sie bei ihrem Dealer oder im Supermarkt, Petzold, Petzold 1997). Kommen sie zur **Behandlung** von Krankheiten, die **Hilfe** notwendig machen, zu einer Behandlungseinrichtung oder zu approbierten TherapeutInnen und kommt für die Behandlung im Rahmen des Sozialgesetzbuchs (SGB V) die Gesetzliche Krankenversicherung auf, sind PatientInnen als *Mitglieder einer Gesetzlichen Krankenversicherung KassenpatientIn* oder *AllgemeinpatientIn*. **PatientInnen** werden durch

die diagnostische Feststellung ihres Status in der Solidargemeinschaft als **PatientInnen** zu „**Leistungsberechtigten**“. Das ist ein Rechtsstatus, der nicht nur Leistungen, sondern PatientInnenrechte (Schweigepflicht, Datenschutz, Anonymität, Diskretion, aber auch Informations- und Aufklärungspflicht des Behandlers), also einen besonderen PatientInnenchutz gewährleistet, und an den sollte man, allen unbedarften KundInnen- oder KlientInnen-Ideologien von DrogenhelferInnen zum Trotz, nicht rühren. Diesen Status zu verlieren, wäre fatal, es würde bedeuten, aus der Solidargemeinschaft zu fallen. PatientInnenstatus hindert nicht die Möglichkeit der Partnerschaftlichkeit (*Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1999; Harnak 2009*), die zudem noch rechtlich und medizinethisch festgelegt ist (*informed consent, joint decision, patient security, patient dignity* usw., *Petzold 2000d; Petzold, Sieper 2008a, Leitner 2009*).

KlientInnenstatus: Bei Inanspruchnahme von **Beratung** bzw. Beratungsdiensten mit spezifischen Beratungsanlässen, die eine fachliche **Hilfestellung** bei Problemen und Schwierigkeiten *ratsam* erscheinen lassen, spricht man von KlientInnen, sind sie doch Ratsuchende (Rechtsberatung, Eheberatung etc.), die gleichfalls einen besonderen Schutz (Diskretion, keine Weitergabe von persönlichen Geheimnissen) genießen.

KundInnenstatus: KundInnen¹⁹ sind geschäftsfähige Bürger, die über Kundensouveränität verfügen und in dieser Wahlfreiheit als PrivatkundIn bzw. VerbraucherIn nach § 13 BGB ein Rechtsgeschäft abschließen, indem sie eine Dienstleistung oder Ware kaufen und bezahlen. Die vielfältigen Rechtsbeziehungen sind im BGB geregelt (§ 13). Wer arm ist, ist ein „schlechter Kunde“, ist auch als Patient benachteiligt (*Lofert 2010*), wer mittellos ist, bekommt keine „Kundenkarte“ (*Petzold, Petzold 1997*).

Das ist eine Terminologie, die sich an der gegebenen Rechtssituation ausrichtet und durch eine **juristische Argumentation** unterfangen ist, zugleich aber auch durch eine **sozialwissenschaftliche Argumentation**: Status, Rollen, Identitäten sind durch gesellschaftliche Attributionsprozesse determiniert (*Heuring, Petzold 2004; Petzold 2011b*). Begriffe wie PatientIn, KlientIn, KundIn können deshalb nicht nur privatistisch betrachtet oder definiert werden, wie es im Feld der Therapie z. T. praktiziert wird.

Soziologisch und soziopsychologisch entstehen **Identitäten** durch Selbstattributionen und Fremdattributionen aus dem gesellschaftlichen Raum mit seinen „kollektiven mentalen Repräsentationen“ und deren kognitiven und emotionalen Bewertungen (*Petzold 2001p, 2011b; Moscovici 2001*). Das gilt es auch beim Finden von „Etikettierungen“, Labels, Begrifflichkeiten zu berücksichtigen. Wir argumentieren hier im Rahmen kritisch reflektierender Soziologie und Sozialpsychologie. Diese Disziplinen gewährleisten für professionelle, helfende Arbeit eine solide, ideologiearme Basis – nicht eine ideologiefreie, das sehen wir mit *Karl Mannheim* als nicht möglich an. *Funktionale Ideologien* sollten sich von grundrechtlichen Kriterien her legitimieren lassen wie **Würde** und **Integrität** und zwar in besonnenen und transparenten Argumentationen. *Dysfunktionale* Ideologien verlassen diesen Boden und sind oft obskurantistisch (zu unserem Ideologieverständnis vgl. *Petzold, Orth 1999a, 126ff.; Petzold, Sieper 2011*). Für unsere Arbeit in der *Niedrigschwelligkeit* haben wir uns bewusst für das integrative Gesundheits-Krankheits-Modell entschieden, das Krankheit nicht „pathologisiert“, sondern als eine Möglichkeit menschlichen Lebens sieht, die jeden betreffen kann. Gesundheit und Krankheit wird

¹⁹ Kunde von ahd. *kund(e)o* bzw. mhd. *künde, kunde*, kommt nicht, wie in systemischen Ideologien verkündet, von „kundig sein“, sondern von künden, bezeugen, informieren. In frühneuhochdeutscher Zeit ist es der „Wirtschaftsgast“, der in der Kneipe Neuigkeiten verkündet! Sehr sinnig im Drogenkontext! Seit dem 16. Jh. in der heutigen Bedeutung „der in einem Geschäft Kaufende“ (vgl. *Kluge 2005: Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache; Duden 1989: Das Herkunftswörterbuch, Etymologie der deutschen Sprache*).

als ein Möglichkeitsspektrum gesehen (Petzold, Schuch 1992; Petzold 2003a). Wir stimmen Paul Ricœur (2007, 269) zu: „Die Krankheit, so sagen wir, ist etwas anderes als ein Defekt oder ein Mangel, kurzum, eine negative Größe. Sie ist eine andere Art des Auf-der-Welt-Seins“. Deshalb schulden wir, so der Philosoph, Kranken nicht nur Respekt, sondern Freundschaft. Es wird hier deutlich, dass eine andere anthropologische Betrachtungsweise als Ausgangspunkt zu ganz anderen Positionen führt, als sie in der Ablehnung des Krankheitsbegriffes von einigen VertreterInnen der „Akzeptierenden Drogenarbeit“ zum Ausdruck kommt. Statt einer Verleugnung der Krankheitsdimension, die Drogenabhängigkeit *auch* haben *kann*, statt der Befreiung von einem „Stigma“ der Krankheit, das es natürlich *auch* gibt und mit dem man sich auseinandersetzen muss – vor allem mit den „Stigmatisierern“! –, vertreten wir auch die Möglichkeit eines **Rechtes darauf, krank sein zu dürfen**. Damit werden stigmatheoretische Überlegungen keineswegs beiseite geschoben. Sie stellen im Integrativen Ansatz eine wichtige Perspektive dar.

„In integrativer Sicht ist **Stigma** (griech. *στίγμα*, Wunde, Verwundung) eine Verletzung der persönlichen und sozialen Identität eines Menschen durch **negative Identitätsattributionen**, Diskriminierung, Demütigung, Benachteiligungen, Ausgrenzung, Mobbing, Ächtung in einer Weise, die seine psychische, ja physische **Integrität** belastet und beschädigt, so dass das personale System in schwere Krisen, 'Identitätskrisen', gerät (Petzold 1975m; Waibel, Petzold 2007). Das kann Verelendung, Erkrankung, ja Tod zur Folge haben. Kollektive Stigmatisierungen können in schweren Formen eine Qualität von 'Dehumanisierungen' annehmen, die in letzter Konsequenz zu Marginalisierungen, Ghettoisierungen, Vertreibungen, Pogromen, ja zu Völkermord als kollektive **Identitätsvernichtungen** (1996j) geführt haben“ (Petzold 2009b).“

Derartigen Stigmatisierungsprozessen gilt es entgegenzutreten: *politisch* durch solidarische Präsenz und *soziotherapeutisch* durch adäquate Hilfen (Petzold, Sieper 2008a, Sieper, Petzold 2011) – Letzteres auch, um die Selbststigmatisierungen der Betroffenen zu verhindern, die bei fortwährenden Fremdzuschreibungen eintreten können („Ich bin ja der letzte Dreck!“). Das Gespräch in Kontakten und Begegnungen im niedrigschwelligen Setting und die Formen und der Stil solcher Begegnungen müssen daher von stigmatisierenden Momenten freigehalten werden, was keineswegs immer einfach ist, weil immer wieder – etwa bei der Methadonvergabe, in Notschlafstellen, Konsumräumen – Situationen „struktureller Gewalt“ mit stigmatisierenden Qualitäten entstehen können.

Weiterhin ist es uns in der **DINA** wichtig, soweit das möglich ist, Empowerment-Strategien zu verfolgen. Eine wesentliche ist für uns die eines **normativ-ethischen Empowerments** (Petzold, Regner 2005). Es vermittelt die so zentrale Idee von Hannah Arendt, deren Denken für den Integrativen Ansatz wesentlich ist (Haessig, Petzold 2006), dass Menschen das „Recht haben, Rechte zu haben“ (Arendt 1995, 614).

„**Normativ-ethisches Empowerment (NEP)** ist die von professionellen Helfern oder von Selbsthelfern im Respekt vor der ‚Würde und Andersheit der Anderen‘ erfolgende Förderung der Bereitschaft und Unterstützung der Fähigkeit zu normativ-ethischen Entscheidungen und Handlungen durch Menschen, die von Problem- und Belastungssituationen betroffen sind. Das muss auf einer möglichst umfassend informationsgestützten Basis geschehen, ausgerichtet an generalisierbaren, rechtlichen und ethischen Positionen (Grundrechte / Menschenrechte ... etc.) und im gleichzeitigen Bemühen um die Gewährleistung ihres Sicherheits-, Rechts- und Freiheitsraumes. [...] Dabei ist es Aufgabe und Verpflichtung der Helfer, an der Seite der Betroffenen zu stehen und sich für sie nach besten Kräften einzusetzen“ (Petzold 2007e, Petzold, Orth, Sieper 2010, 494).

Ethik in diesem Verständnis, das ist wesentlich, erweist sich nicht nur auf der Ebene der *Pflichten*, ethisch zu handeln, sondern auch auf der Ebene von *Rechten*, nämlich **ethisch behandelt zu werden** und diese Rechte auch einzufordern und in Anspruch zu nehmen. Beides – Rechte und Pflichten – konvergiert im Konzept der **Würde**. Diese wiederum erfordert die Gewährleistung von **Integrität**, eine Verpflichtung, die sich jeder Gesellschaft, einem jeden ihrer Mitglieder stellt. Diese sind „mündige Bürger“ oder – sofern sie diese Mündigkeit verlieren durch Unfall, Altersdemenz etc. – schutzbefohlene Mitglieder der Solidargemeinschaft. In den Populationen, mit denen wir es in der niedrigschwelligen Arbeit zu tun haben, finden sich also viele PatientInnen im voranstehend aufgezeigten Verständnis des PatientInnen-Begriffes. Grundlage ist hier ein mehrdimensionaler Krankheitsbegriff, wie er dem Integrativen Ansatz zugrunde liegt:

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

Das Moment der „Abhängigkeit“, des „kompulsiven Gebrauchs“ muss hier betont werden. Weiterhin muss im Kontext *niedrigschwelliger Arbeit* oftmals unbedingt hinzugesetzt werden: „Die Abhängigkeit ist nicht nur eine Erkrankung der Person in und mit ihrem Netzwerk. Das Netzwerk ist oft auch selbst krank, und es gehört zur Person“ (Petzold 1995). Hier wird eine Grundposition der *Moreno'schen* Netzwerktheorie ernst genommen, die besagt: Der Mensch *hat* kein soziales Netzwerk, er *ist* eines (vgl. *Hass, Petzold 1999*). *Niedrigschwellige Hilfen* gehen in ihrem Arbeitsansatz weit über die Konzepte der Gesundheitsförderung hinaus. Sie wollen mit ihren Angeboten eine niedrige Zugangsschwelle zum gesamten Hilfesystem ermöglichen, wie es etwa ein Verbundsystem bereitstellt. Sie sind in diesem Verständnis „**karrierebegleitende Langzeitstrategien**“ sozialtherapeutischer Intervention mit dem Ziel, letztendlich einen 'drogenfreien Lebensstil' zu erreichen, und sie sind 'akzeptierende Drogenarbeit', die niedrigschwellige Angebote und soziotherapeutische Maßnahmen einsetzt, um Menschen mit einem 'drogengebundenen Lebensstil' zu stützen, d.h. sie vor gesundheitlichen und justiziellen Schäden zu bewahren unter grundsätzlicher Akzeptanz dieses Lebensstils“ (Petzold 2004a, 89), wie wir ihm bei dem *konkreten Individuum* begegnen, mit dem wir zu tun haben. Das ist nicht gleichbedeutend mit einer generalisierten Akzeptanz eines „Fixierens als Lebensstil“ (Berger 1981). Vorrangige Aufgabe ist das Aufhalten von Negativprozessen in der Aktuelsituation ohne Festlegung auf eine Zeitperspektive. Zukunftsbildend sollen Perspektiven und Hoffnungen auf Entwicklungsprozesse in ein drogenfreies Leben ermöglicht und aufrechterhalten werden. Deshalb verstehen sich *niedrigschwellige Einrichtungen* als Teil eines gut funktionierenden spiralförmigen Drogenhilfverbundsystems und (oder) als Teil eines gut kooperierenden Netzwerkes aus auffangenden und aus **weiterführenden** Hilfen.

In unserem Verständnis von *niedrigschwelliger Arbeit* ist „kompulsive“ Drogenabhängigkeit eine Krankheit, und in diesem Verständnis sind die NutzerInnen der Angebote Drogenabhängige und nicht DrogengebraucherInnen, wie sie z.B. in

der Suchtprävention oder in der Beratung angetroffen werden. Freilich „gebrauchen“ auch sie Drogen, der Begriff „GebraucherIn“ verschleiert allerdings die in der Realität tatsächlich vorfindliche Zwangslage all jener, die tagtäglich vierundzwanzig Stunden damit beschäftigt sind, sich unter erbärmlichsten Bedingungen Geld und Gift zu besorgen. Betreten sie dann endlich den Drogenkonsumraum, hört man häufig: „So, jetzt mache ich mich erstmal gesund“.

Ob die Menschen, die die Angebote der *niedrigschwelligen Hilfen* wahrnehmen, nun BesucherInnen, NutzerInnen oder KlientInnen genannt werden, ist für die Einrichtungen zweitrangig. Manchmal *besuchen* sie lediglich die Einrichtungen, manchmal *nutzen* sie einzelne oder mehrere der Angebote, manchmal sind sie „Schutzbefohlene“ oder „Schützling“ (*Klient* abgeleitet von lat. *cliens*, aber im modernen, oben umrissenen Sinne des Wortes gebraucht), manchmal kommen sie als PatientInnen, die akut versorgt werden müssen, und dann sind die notwendigen Maßnahmen der Hilfe fachgerecht einzuleiten. Wie auch immer man also mit den Bezeichnungen umgeht, es sollten bestimmte Kriterien menschlicher und professioneller **Relationalität** gewährleistet sein:

Kriterien des professionellen Umgangs:

Professionelle Arbeit im niedrigschwelligen Bereich (und nicht nur dort) muss vom **Dignitätskriterium** eines grundsätzlichen Respekts vor der **WÜRDE** des Gegenübers getragen sein; weiterhin vom **Integritätskriterium** einer grundsätzlichen Sorge um die **INTEGRITÄT** des Anderen, wozu auch der Respekt vor den Entscheidungen seines freien Willens gehört; sowie vom **Realitätskriterium** einer realistischen, fachlich fundierten Einschätzung seiner **REALITÄT**, denn wenn er im Delirium, in einer schweren Intoxikation oder in einer floriden Psychose mit uns in Kontakt tritt, wird das **Adjutorialkriterium**, die verpflichtende **HILFELEISTUNG**, vorrangig, die drohenden Schaden abwenden oder bei eingetretenem Schaden für die richtigen Maßnahmen Sorge tragen muss.

Mit diesen Kriterien wird ein kategorialer Rahmen der **DINA** geboten, der ethisch, juristisch und klinisch tragfähig ist. Zu den Leitgedanken „akzeptanzorientierter Drogenarbeit“ wie sie *Schneider* (2010) noch pointiert formuliert hat, bestehen durchaus große Konvergenzen, allerdings mit spezifischen Differenzen:

„**Grundlage** akzeptanzorientierter Drogenarbeit ist, dass Gebraucher illegalisierter Substanzen sowie auch zwanghaft und exzessiv Konsumierende als mündige, zur **Selbstverantwortung** und **Selbstbestimmung** fähige Menschen angesehen werden. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit basiert auf **Freiwilligkeit** und ist möglichst **nicht bevormundend** ausgerichtet. Drogengebraucher werden so **akzeptiert** wie sie sind“ (*Schneider* 2010, 5).

In diesem Text finden sich unseres Erachtens Aporien: zwanghaftes und exzessives Konsumieren widerspricht Selbstbestimmung, letztlich auch Selbstverantwortung, wenn man diese mit einem verantwortlichen Umgehen mit sich selbst (*soucis de soi*, sensu *Foucault*) konnotiert. Die Begriffe „Mündigkeit und Selbstverantwortung“ werden also allenfalls formalistisch gebraucht. Wir würden deshalb anders formulieren: „[...] exzessiv Konsumierende sind als mündige und **prinzipiell** zur Selbstverantwortung und zur Selbstbestimmung fähige Menschen anzusehen“. Im Vollrausch sind sie es nicht! Bekifft am Steuer sind sie es nicht! Sie demonstrieren damit Verantwortungslosigkeit anderen und sich selbst gegenüber – immerhin steht eigenes und fremdes Leben auf dem Spiel. So ist das Prinzipielle nicht immer

aktualisiert. *Schneiders* Formulierung ist hier nicht gründlich durchdacht. Und was soll man unter „möglichst nicht bevormundend“ verstehen? Offenbar werden doch Situationen impliziert, wo einschränkende Interventionen nötig erscheinen. Hier kommen für uns das **Realitäts-** und **Adjutorialkriterium** als moderierende Größen für eine verantwortliche und am **Integritätskriterium** orientierte professionelle Arbeit ins Spiel. MedizinerInnen oder approbierte psychologische PsychotherapeutInnen stehen von Berufs wegen unter einer besonderen Verantwortungspflicht. MitarbeiterInnen von psychosozialen Einrichtungen – SozialarbeiterInnen z. B. – haben gleichfalls eine Verpflichtung zu professioneller Fachlichkeit. Alle stehen unter der strafbewehrten „Jedermannspflicht zur Hilfeleistung“ nach § 323c StGB. An all diesem kommt man fachlich nicht vorbei.

4. Ausgangslage und Grundbedingungen in den Angeboten Differentieller und integrativer niedrigschwelliger Arbeit

Es sollen nun weitere Konzepte unserer *entwicklungs- und prozessorientierten, niedrigschwelligen Arbeit* dargestellt werden, wie wir sie aus der Perspektive der *integrativen und differentiellen Suchtarbeit* entwickelt haben und vertreten. Die Angebote niedrigschwelliger Drogenhilfe wenden sich grundsätzlich an alle Abhängigen illegaler Drogen. Mancherorts werden die Angebote der Wohnungslosenhilfe und der Drogenhilfe gemeinsam platziert, andernorts sind sie streng voneinander getrennt. Die Gründe dafür sind unterschiedlich und häufig von konzeptionellen Grundannahmen, d. h. von funktionalen oder dysfunktionalen Ideologien und von örtlichen Gegebenheiten abhängig. Die Frage der Präferenz für das eine oder für das andere Modell kann hier nicht vertieft werden. Obwohl die Angebote der niedrigschwelligen Hilfen allen Betroffenen offenstehen, zeigt unsere langjährige Erfahrung, dass sie nur von einem Teil aller Drogenabhängigen in Anspruch genommen werden. Ein anderer großer Teil nutzt die klassischen weiterführenden Hilfen oder sucht sich außerhalb des „etablierten“ Systems andere Wege, z.B. auch in der Selbsthilfe. Die Probleme beider Gruppen sind ähnlich geartet.

4.1 Probleme der Marginalisierung – prekäre Exklusionen

„Das so wichtige Thema von 'Inklusion und Exklusion' wird im Feld der Psychotherapie kaum sichtbar, denn man kann durchaus sagen, dass PatientInnen benachteiligter Bevölkerungsgruppen, 'UnterschichtpatientInnen', die oft schwerwiegende, z.T. chronifizierte Erkrankungen haben, von den niedergelassenen PsychotherapeutInnen kaum erreicht werden. Für diese Gruppen gibt es auch keine 'evidenzbasierten' Behandlungsmethoden, denn Wirksamkeitsstudien wurden fast ausschließlich mit MittelschichtpatientInnen durchgeführt! Benachteiligte Schichten werden von psychotherapeutischer Versorgung eben nicht 'inkludiert', sondern weitgehend 'ausgeschlossen'“
(*Petzold, Orth, Sieper* 2010, 142).

Die NutzerInnen der niedrigschwelligen Einrichtungen zeichnen sich in der Regel durch ihre gesellschaftliche **Randständigkeit** aus. **Marginalisierung** kann durch die mit ihr verbundene Exklusion katastrophale Folgen haben, wie man in der extremen, verelendeten Straßenszene der Drogenabhängigkeit sieht, wo Krankheit, Hunger, Verbrechen wuchern, und das entsteht, was *Marx* und *Engels*, aber auch *Rosa Luxemburg* abschätzig als „Lumpenproletariat“ (MEW 8, 160f.) bezeichnet haben, als

„Auswurf und Abfall“, nicht einmal tauglich für die Revolution. Sie brachten hier eine moralische Kategorie ein (und konnten so dann die amoralischen Geschäftemacher und andere gewissenlose Akteure mit zu den „Lumpen“ rechnen). Die moralische Abwertung zeigt sich auch heute stigmatisierend im gesellschaftlichen Umgang mit den randständigen Drogenabhängigen: „Junkies“, engl. *junk* heißt Abfall, Müll. Und da ist jede Romantisierung des „Junkies als Lebensstil“ (Berger 1981), ähnlich der *bandits* von Eric Hobsbawm (2002), der Rebellen am Rande der Gesellschaft, unangebracht. Sie geht an der Realität der Extremverelendung vorbei, und es geht unter, dass diese Menschen schwerstbeschädigt sind, oft zu schwach für irgendetwas, eben auch für eine „Spirale nach oben“ (Kolte 2005a). *Harm reduction* ist da oft nicht möglich, weil es tiefer nicht mehr geht, es nichts mehr zu reduzieren gibt. Sie brauchen „charity“. Mit der setzt sich allerdings in subtiler Weise ihre Ausgrenzung und Unterdrückung fort. Zwiespältige Begriffe wie „Tafel“ für „Suppenküche“ zeigen die Qualität von „Oppression by charity“: Nachdem diese Menschen durch Unterdrückung und Verdrängung an den Rand der Gesellschaft abgedrängt wurden, werden sie auch dort gehalten. Iris Marion Young (2002) zählt zu Recht die Marginalisierung zu den „Fünf Formen der Unterdrückung“. Die besonders im Rahmen der Soziologie geführten Inklusions-Exklusions-Debatten haben verschiedene prägnante und z. T. durchaus disparate Positionen hervorgebracht, insbesondere die systemtheoretischen der *Luhmanntradition*, in der Folge von *Luhmanns* (1995, 1996) Ausführungen zum Inklusions-Exklusions-Thema. Einerseits wird der Exklusionsbegriff als unbrauchbar abgelehnt, da die sogenannten Exkludierten faktisch noch in der Gesellschaft sichtbar seien, ihrem Rechtssystem unterliegen oder ihrer Ökonomie – so Armin Nassehi –, oder es handele sich um lokale Phänomene in der „Weltgesellschaft“, wie Rudolf Stichweh (2000) argumentiert. „Exklusion erweist sich in diesem Verständnis als ein multidimensionaler, kumulativer und sequentiell vernetzter Vorgang eines Ausschlusses aus einer Mehrzahl von Funktionssystemen. Diese Perspektive relativiert die Radikalität von Exklusion, aber sie macht zugleich eine prozessuale Analyse von Exklusionsvorgängen zugänglich“ (ders. 2005). Genau eine solche Relativierung wird aber der Realität der Betroffenen nicht gerecht. Die systemtheoretische Abstraktion, Stärke und Schwäche des Systemparadigmas, geht damit an den konkreten Leiden der Menschen vorbei. Helmut Willke (2001) erwähnt in „Atopia“ die „rund 20 % nicht oder gering qualifizierter und qualifizierbarer Arbeitnehmer“, deren Situation er als „hoffnungslos“ erklärt, aber zu der er sonst nichts zu sagen hat oder weiß. Wir sind keine sozialarbeiterischen oder psychotherapeutischen Trautänzer und erwarten nicht utopistisch „Wohlstand für alle“ oder kontrafaktisch „Totalinklusion“, die auch als eine Gefahr „wohlmeinender Gewalt“ gesehen werden muss. Derartige Theoriepositionen (es sind ja Ideologien, das darf nicht aus dem Blick geraten), wie sie aus der Perspektive einer (noch) hypothetischen „Weltgesellschaft“ des *Luhmannschülers* Stichweh formuliert werden, sind für die im Elend Lebenden genauso wenig hilfreich wie die von Willke, einem anderen *Luhmannschüler*. Er nimmt „laterale Weltsysteme“ an, in denen aufgrund der hohen Komplexität der modernen Gesellschaften die vorhandenen staatlichen Steuerungskompetenzen nicht ausreichend greifen. Soll man Verelendung als Kolateralschaden der Spätmoderne hinnehmen? Der Ruf nach dem „starken Mann“ steht hier als Gefahr im Raum. Wir hatten das – hoffentlich – zur Genüge (Petzold 2008b). Wenn Willke Recht hat, dass Steuerungsleistungen im Wesentlichen dadurch entstehen, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass für andere Systeme ein Aufforderungscharakter entsteht, aktiv zu werden, also eine Art „Kontextsteuerung“ wirksam werden kann, dann folgt für uns daraus: „Let’s get goin’!“

Als Bürger eines demokratischen Gemeinwesens sind wir nicht bereit, eine solche Position des „Abschreibens“ der Exkludierten hinzunehmen. Eine differentielle Betrachtung, wie sie die Theorie der Zonen der Arbeitsgesellschaft von *Robert Castel* ermöglicht, die zugleich eine Exklusionstheorie eines graduellen Abstiegs ist, bietet hier nützlichere politische und sozialinterventive Ansatzpunkte. In seinen neun Stufen wird es ab der vierten gefährlich: Auf Stufe 4: „Gefährdete Integration“ ("Die Abstiegsbedrohten") folgt die „**Zone der Prekarität**“ mit 5. „Prekäre Beschäftigung als Chance / temporäre Integration“ ("Die Hoffenden"), 6. „Prekäre Beschäftigung als dauerhaftes Arrangement“ ("Die Realistischen"), 7. „Entschärfte Prekarität“ ("Die Zufriedenen"). Darauf folgt die exkludierende „**Zone der Entkopplung**“ mit 8. „Überwindbare Ausgrenzung“ ("Die Veränderungswilligen") und 9. „Kontrollierte Ausgrenzung / inszenierte Integration“ ("Die Abgehängten"). *Brinkmann et al.* (2006) haben das für die deutschen Verhältnisse untersucht²⁰. Bei den Gruppen 8 und 9 wird man sozialpolitisch intervenieren müssen, damit es nicht zu der von uns hinzugefügten 10. Gruppe kommt: die Gruppe der „Abgeschriebenen“, Verlorenen, die Menschen, mit denen wir in der harten Szene der Niedrigschwelligkeit umgehen müssen, denn wir wollen uns nicht zufriedengeben, that „*Those who dance, begin to dance / Those who weep begin / Those who earnestly are lost / **Are lost and lost again***“ (*Leonard Cohen* 1979, *The Guests*).

In den Slums, Favelas, Banlieus, verwahrlosten Vierteln – Orten der Exklusion – wird Anomie, Kriminalität produziert, entstehen psychosomatische und soziale Erkrankungen. Das ist ganz evident, wenn man hinschaut, wie es *Luhmann* (1996) in seinem Aufsatz "Jenseits von Barbarei" vorgeschlagen hat: "Zur Überraschung aller Wohlgesinnten muss man feststellen, dass es doch Exklusionen gibt, und zwar massenhaft und in einer Art von Elend, das sich der Beschreibung entzieht. Jeder, der einen Besuch in den Favelas südamerikanischer Großstädte wagt und lebend wieder herauskommt, kann davon berichten. [...] Es bedarf dazu keiner empirischen Untersuchungen. Wer seinen Augen traut, kann es sehen, und zwar in einer Eindrücklichkeit, an der die verfügbaren Erklärungen scheitern."

Luhmann kommt dann mit seiner Bestimmung von „Exklusion“ zu einer beeindruckenden Position, sie sei "aufs körperliche reduzierte Selbst- und Fremdwahrnehmung, die den nächsten Tag zu erreichen sucht" (*ibid.*). Dem können wir mit unserer Theorie des „**informierten Leibes**“ (*Petzold* 2002j, 2009c) vollauf zustimmen, wie der folgende Abschnitt (4.2) zeigen wird.

Randständige Süchtige bewegen sich in Räumen der Wohnungslosigkeit und gelegentlichem, oft provisorischem oder prekärem Wohnraum, unterbrochen durch Haft- oder Krankenhausaufenthalte. Viele von ihnen weisen in bedenklichem Maße Merkmale persönlicher und gesundheitlicher Verwahrlosung und sozialer und kultureller „Verwilderung“ und natürlich von „Verarmung“, ja Verelendung auf. Es ist anzunehmen, dass ein nicht unerheblicher Teil der Betroffenen auch ohne das Faktum Drogenabhängigkeit von schwersten persönlichen und sozialen Problemen betroffen wäre (vgl. *Hecht* 2002, 19ff.), denn in ihren biographischen Hintergründen findet sich oft Schlimmes und Grauenhaftes, Traumatisierendes und Deprivierendes von frühester Jugend an. Die Lebensumstände waren grausam und sind grausam

²⁰ Die Gruppe 8 (1,7%): sieht sich als arbeitslos, sucht aktiv Arbeit; zur Gruppe 9 (3,9%) gehören langzeitarbeitslose Jugendliche mit Migrationshintergrund (*Brinkmann et al.* 2006). Die letztgenannte Gruppe, zu denen wir auch die desintegrierten, chronifiziert kompulsiv Süchtigen rechnen, hat die Hoffnung auf Integration in die regulären Arbeitsmärkte und in die „Normalgesellschaft“ aufgegeben. Die Süchtigkeit ist oft unter den Bedingungen der allmählichen Desintegration des Raum- und Zeitempfindens und des Zerfalls der Netzwerke eingetreten.

geblieben. Und hier meldet sich *Judith Nisse Skhlar* (1984) zu Wort mit ihren Gedanken über die „ordinary vices“, den ganz alltäglichen Lastern „*cruelty, hypocrisy, snobbery, betrayal, and misanthropy*“, die uns mit Übelwollen und Inhumanität (*mean-spiritedness and inhumanity*) erfüllen, wobei die „**Grausamkeit**“ das *summum malum*, das größte aller Übel, das schlimmste unter den „ordinary vices“ ist, dem man entgegentreten muss, wo immer man ihm begegnet. Hier geht es nicht um „Gutmenschentum“, um „*bien-pensance*“ (*Javeau* 2005), was engagierten HelferInnen oft abwertend unterstellt wird, es geht um Selbstschutz und Engagement, um zu verhindern, dass unsere Gesellschaften noch kälter / ungerechter / grausamer werden. *Judith Skhlar*, diese wichtige Theoretikerin der „**Ungerechtigkeit**“ (ein Thema, das in Philosophie und politischer Theorie implizit blieb, ja weitgehend vernachlässigt wurde zugunsten der Themen Tugend und Gerechtigkeit), macht deutlich, dass eine freie Gesellschaft mit hinlänglich freien Menschen nur im Engagement gegen Unrecht und Grausamkeit zu haben ist. Das dient uns als ein fundierender Leitgedanke für niedrigschwellige Arbeit. **DINA** trägt dann zur Verminderung von Ungerechtigkeitsauswirkungen bei und wird zu einem Empowerment für die Realisierung von *Skhlar*s Postulat, dass "jeder Erwachsene die Möglichkeit haben sollte, zu jedem Lebensbereich so viele Entscheidungen ohne Furcht und ohne Begünstigung zu fällen, wie es mit der entsprechenden Freiheit der anderen Erwachsenen vereinbar ist" (1989).

Auch in der Psycho- Soziotherapie sind Unrecht und Ungerechtigkeit als Ursachen von Leid und Krankheit kaum thematisiert (vgl. von integrativer Seite aber *Petzold* 2003d; *Petzold, Orth, Sieper* 2010). Doch Unrechtserfahrungen kränken und machen krank. An den Rändern der Gesellschaft vegetieren zu müssen, ist ein Unrecht, in einer reichen Gesellschaft zumal. Die Fragen nach linearen Ursachen und Wirkungen sind dabei obsolet geworden, da Multikausalitäten vorliegen und eine „**Zirkularität der Verelendungsmorbidität**“ eingetreten ist:

Krankheit ► schafft Elend ► schafft Krankheit ► schafft Elend.

Man kann auch mit „Elend schafft Krankheit ...“ usw. beginnen. Drogenabhängige, die ihr Leben überwiegend in der Szene, „auf der Straße“ und in der Haft verbringen, sind zusätzlich täglich mit einer Fülle von Gewalt und massiver Kriminalität konfrontiert – manches (nicht alles) kann man hier auch als Formen sozialer Erkrankungen ansehen. Sie sind Opfer von Diebstählen, Überfällen, Körperverletzung, Ausbeutung, Verrohung, sexueller Gewalt und erleben die demütigenden Folgen gesellschaftlicher Stigmatisierung und Ausgrenzung (*Sørensen, Petzold* 2009). Die gesundheitlichen Folgen dieser Lebensumstände, wie Verletzungen, schlecht heilende Wunden, Infektionen und andere Erkrankungen, stellen ebenso eine permanente Belastung und Bedrohung dar. Zusätzlich wird heute aufgrund von Longitudinalstudien davon ausgegangen, dass ein großer, wenn nicht der überwiegende Teil der Drogenabhängigen in ihrer Kindheit und Jugend vielfältigsten Ausprägungen von Gewalt und Entbehrungen ausgesetzt war. Diese Menschen sind diagnostisch als „**polytraumatisiert**“ einzustufen. (vgl. *Petzold, Scheiblich, Thomas* 2006, 48). Gleichzeitig müssen diese Drogenabhängigen (wir reden hier, das sei nochmals betont, nicht von solventen „Wochenendfixern“) nahezu täglich Straftaten begehen, um das nötige Geld und die benötigten Drogen unter dem unerbittlichen Diktat des „Suchtdrucks“ zu beschaffen, so dass man besser und

adäquater von „Notkriminalität“ und „Notprostitution“ als von „Beschaffungskriminalität und -prostitution“ spricht (Petzold, Hentschel 1991). Sie sind potentiell selbst TäterInnen bei Diebstählen, Überfällen, Körperverletzungen, sexueller Gewalt und anderen Straftaten. Auch sie beuten andere aus und zeigen Merkmale kultureller und sozialer Verrohung („Lumpenproletariat“). Gelegentlich waren Kriminalität und Gewalt bereits lebensbegleitende Faktoren vor der Entwicklung der Abhängigkeit, bei manchen ist eine Gewissensfunktion (Petzold, Orth, Sieper 2010) nur schwach ausgebildet oder frühzeitig beschädigt worden. Auch eine Täterschaft kann traumatisierend wirken oder dazu beitragen (Petzold, Wolf et al. 2000; Schölzhorn 2009).

Das Leben in der Szene erfordert die Anpassung an die „Gesetze der Straße“, während niedrigschwellige Hilfeeinrichtungen oftmals den letzten verbleibenden Kontakt positiver Prägung zur geltenden Rechts- und Kulturnorm darstellen und gleichsam eine „mikroökologische Nische“, eine „Oase von Normalität“ bieten, in der alternative „Eindrücke“ zur Wirkung kommen können (Petzold 2014m, Petzold, Orth, Sieper 2014d).

4.2 Informierter Leib in Kontext/Kontinuum und negative Interiorisierungen

Kernkonzept des Integrativen Ansatzes ist die Theorie des **Informierten Leibes**, der in den Lebenskontext und das biographische Kontinuum eingelassen ist (Petzold 1970c, 1988n, 191). Diese Theorie hat sich mit dem Fortschritt der Neurowissenschaften vertiefend entwickelt, zunächst vor allem in Bezug auf die „developmental neuropsychology“, als deren Begründer Vygotskij (1985 a, b, c) mit seinen methodologischen Überlegungen zur Entwicklungsneuropsychologie zu sehen ist, die sich heute in vielfältigen Verzweigungen präsentiert²¹. Die russische Schule der Neurophysiologie und -psychologie hat hier wesentliche Beiträge geleistet²². Um nur die wichtigsten Autoren zu nennen: A. R. Lurija (1992), Begründer der Neuropsychologie, N. N. Bernštejn, Nestor der Neuromotorik, P. K. Anokhin (1998), Begründer des Feedback-Prinzips [1935] und der Theorie der „funktionellen Systeme“. Diese Forscher verbinden die neurophysiologischen Prozesse mit dem Verhalten des Menschen und können heute als eine „methodologische Brücke“ zwischen *Physiologie* und *Psychologie* betrachtet werden mit einer Weiterführung durch die Arbeiten der Vygotskij-Schule hin zu den Kultur- bzw. Gesellschaftswissenschaften (Lurija 1987; Leont'ev 1973). Diese Arbeiten haben eine beachtliche klinisch-praktische Relevanz²³. Für uns findet sich hier auch eine Brücke zwischen **Leiblichkeit** und **Sozialität** (Petzold 1985g, 2008b).

„Die wissenschaftliche Psychologie entwickelt sich an der Nahtstelle von Natur- und Gesellschaftswissenschaften; denn *die gesellschaftlichen Formen des Lebens zwingen das Gehirn, auf neue Weise zu arbeiten, sie lassen qualitativ neue funktionale Systeme entstehen*. Eben diese Systeme sind Gegenstand der Psychologie“ (Lurija 2007, 397, Hervorheb. HP).

²¹ Levine 1998; Posner, Rothbart 2007; Spreen et al. 1995

²² Jantzen 1994, 2008; Kölbl 2006; Petzold, Michailowa 2008

²³ Petzold, Michailowa 2008; Leont'ev, Lurija 2002

Mit dem Basiskonzept des **Informierten Leibes** bietet die „Integrative Therapie“ eine moderne Position zum „psychophysischen Problem“, verstanden als „Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse“, die neurobiologische, leibphilosophische Perspektiven verbindet und die „implizierten Dualismen“ und „individualisierenden“ Tendenzen der Begriffe „Körper-therapie“ oder „Psycho-therapie“ vermeidet. Stattdessen wurde das Leitbild eines in die ökologische und soziale Welt eingebetteten (*embedded*) Menschen entwickelt, der Mensch-Welt-Verhältnisse erlebniskonkret wahrnimmt, verarbeitet und sich – sie verkörpernd (*embody*) – als „Leibsubjekt“ konstituiert.

Durch dieses Modell ist das fungierende und intentionale Zusammenspiel mit dem Umfeld zu verstehen, die bewusst und unbewusst **erlebten** Inszenierungen (*enactments/reenactments*) und die in ihnen ablaufenden **dynamischen Regulationsprozesse des Leibsubjekts** (*Scheiblich, Petzold 2006*). Mit *Vygotskij* (1994) kommt dem emotionalen und kognitiven *Erleben* (*переживание*) der Wirklichkeit als elementarer Einheit der psychischen Prozesse eine zentrale Bedeutung zu, denn Erleben verändert Menschen, besonders das Erleben in der jeweiligen „**social situation of development** specific to each age“. Sie bestimmt und reguliert nämlich „the whole picture of the child’s life or his social existence“ (*ibid.*, Hervorheb. HP). In gelingenden sozialen Situationen, die dem Entwicklungsniveau des Kindes, Jugendlichen – und auf die Lebensspanne gewendet – der Verfassung eines Menschen in seiner Lebenslage entsprechen, wo also eine gute „Passung“ vorliegt, werden positive Entwicklungen möglich, erfolgen Heilungsprozesse, wo Störungen vorlagen. Wo solche „passenden“ Zonen der „nächsten Entwicklung“ (*Vygotskij*) vorliegen, wird sozialen Bezügen weiterführendes Lernen durch **Interiorisierung** (*Petzold 2014g*) hin zu einem „höheren“ Entwicklungsniveau möglich. Das in sozialen Interaktionen Erlebte und Realisierte wird dabei nach innen verlagert und für das Leibsubjekt nutzbar, sofern es gute Interiorisierungsmaterialien waren. Es ist evident, dass negative Umwelten, Minusmilieus, High Risk Environment unter einer *Vygotskij*’schen Perspektive ein immenses Gefährdungspotential darstellen. Die in sozialen Mikrokontexten und gesellschaftlichen Verhältnissen, also Interaktionen mit der Umwelt, entstehenden Informationen werden im Rahmen von Szenen mit „bedeutsamen Anderen“ – und diese können höchst negativ sein, wie zuweilen bei süchtigen Eltern der Fall – generiert. Sie werden bewusst und unbewusst erlebt und „holographisch“ mit aller Erlebnisfülle (*переживание*), in Prozessen „komplexen Lernens“ (*Sieper, Petzold 2002; Chudy, Petzold 2011*) mit ihren Lernergebnissen mnestisch im „**Leibgedächtnis**“ archiviert. Sie werden „**interiorisiert**“, wie das *Vygotsky* nannte, denn „[a]lles Intramentale war zuvor intermental“ (*Vygotskij 1931/1992, 236*). Es erfolgt eine Verschränkung von kollektiven und individuellen **Mentalisierungen** und **Verleiblichung** (*mentalization and embodiment; Heuring, Petzold 2003; Petzold 2008b*). Hier wird von uns mit *Alexandre R. Lurija* und *Lev S. Vygotskij*, aber auch mit *Serge Moscovici* und *Juri Lotman* ein umfassenderes, um die Dimension des Neurobiologischen und des Soziokulturellen (und damit des Politischen) erweitertes Konzept von **Mentalisierung** vertreten als das von *Fonagy* (et al. 2004). Die integrative Position ist zum *mirror neuron research* (*Rizzolatti et al. 2009*) anschlussfähig, das allerdings auch durch zu weit greifende Erklärungsansprüche (*Bauer 2005; Zaboura 2008*) und neuere Entwicklungen problematische Aspekte zeigt (*Hickok 2009*) und von uns vornehmlich für den Bereich der nonverbalen Kommunikation, dem Umgang mit Mikromimik, Mimik, Haltungen und Bewegungen genutzt wird (*Petzold 2002j, 2004h; Frank 1992*). Es findet sich aber auch eine gute Passung zu den „social neurosciences“ (*Petzold 2009k; Petzold, Orth 2011*). Diese junge Disziplin befasst sich mit den

neurozerebralen Prozessen in sozialen Konstellationen, z. B. der emotionalen Ansteckung, der Empathie, der Affiliation (*Decety, Ickles 2009; Watson, Greenberg 2009*), aber auch der belastenden oder gesundheitsfördernden Wirkungen von sozialen Beziehungen und Konstellationen (*Uchino et al. 2007*). Durchweg wird die benigne Wirkung zugewandter, direkter Kommunikation belegt, aber auch die fatale Auswirkung von Vorurteilen, Ablehnung und Ausgrenzung²⁴.

Es ist leicht ersichtlich, welche Bedeutung solche Referenztheorien für eine Konzeption, wie sie der Intergative Ansatz vertritt, haben und wie wesentlich der hier umrissene Rahmen für eine **biopsychosozialökologische Theorie** der Pathogenese – hier der Drogenabhängigkeit – hat. Aus dem ökologischen, sozialen und kulturellen Umfeld, also durch Ökologisation, Sozialisation und Enkulturation (*Petzold 2006p*), werden Informationen als „Eindrücke“ aufgenommen und neurozerebral abgespeichert, wo sie wirken. In „**Minusmilieus**“ sind das die Atmosphären der Tristesse und der Hoffnungslosigkeit, wie sie Elendsquartiere, Abbruchhäuser und Pennen, „Negativökologien“ kennzeichnen, die Erlebnisse der Gewalt, Erniedrigung und des Ekels auf dem Straßenstrich, der Horror von schlechten Tripps und die Übelkeit nach dem KO-Suff – dass alles sind Informationen aus aktuellen Ökologisations- und Sozialisationskontexten (*Petzold 2014m*), die sich tief eingraben und Spuren hinterlassen, interiorisiert werden (*idem 2012e*) – im Gehirn, im Immunsystem, auf dem Gesicht, im und am gesamten Leibe. Wer zum „Anschaffen“ hingepöbeln wird oder seinen Körper aus Suchtdruck und Hunger verkaufen muss, zusammengeschlagen und beraubt wird, erfährt, was es heißt, vom anderen Menschen als *Gebrauchskörper und als Beute* angesehen zu werden. Das geht unter die Haut, trifft bis ins Mark.

Lurija hat schon früh die Idee der „Neuroplastizität des Gehirns“ vertreten. Heute wissen wir um die Nutzungsabhängigkeit des Gehirns (*Hüther 2006*), seine Adaption an die Bedingungen der Umwelt – eben auch an die negativen Bedingungen (*ders. 2008*). Erlebtes und Benanntes, also physiologisch perzipierte **Information**, wandert gleichsam von „Außen nach Innen“, wie *Vygotskij* (1992) es beschrieben hat, in die Gedächtnisspeicher des Leibes, und führt in einem Prozess des Wahrnehmens-Verarbeitens-Handels und des Abspeicherns von beidem, *perception* und *action* (*Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Petzold, Sieper 2007a, 543*), zu physiologischen Musterbildungen auf molekularem Niveau, die aber zugleich Innenwelten konstituieren, positive und negative, innere Beistände und innere Feinde (*Petzold 1975m, 1985l*) als „innere Bilder“ (*Hüther 2010*), die eine mächtige Wirkkraft entfalten können – im Guten wie im Bösen.

Auf das wohl schon deutlich gewordene Konzept der „**negativen Interiorisierung**“ sei noch kurz eingegangen. Durch individuelle und kollektive Sozialisationsprozesse finden prinzipiell **Interiorisierungen**²⁵ statt, in denen „Wissen über die Welt“ weitergegeben wird und sich „mentale Innenwelten“ ausbilden. Wir sprechen hier auch von **Mentalisierungen**²⁶ (*Petzold 2008b*), die wirken und das Individuum und

²⁴ Vgl. die Sammelbände von *De Haan, Gunnar (2009); Decety, Ickes (2009); Harmon-Jones, Winkelman (2007)*

²⁵ *Vygotskij 1992, Jantzen 2008; Petzold 2009h.*

²⁶ Wir haben ein eigenständiges Mentalisierungskonzept erarbeitet – lange vor *Fonagy*, dessen Konzeptualisierung wir nicht folgen können, wir sehen sein individualisierendes Verständnis von Mentalisierung sogar als problematisch an, weil er als Psychoanalytiker (*Fonagy et al. 2002*) durch die von ihm unaufgearbeiteten epistemologischen und theoriestrukturellen Probleme der Psychoanalyse (veraltete Triebtheorie und Theorie des Unbewussten, Frühverursachungs-zentrierung etc.) immer wieder mit problematischen Fragestellungen problematische Ergebnisse produziert. In souveräner Ignoranz übergeht er, dass *Vygotskij* oder *Moscovici* (an denen wir uns orientieren) lange vor ihm Mentalisierungskonzepte, die die kollektive Seite der Mentalisierung fokussieren, entwickelt hatten.

sein Verhalten steuern. *Vygotskijs* Prinzip der **Interiorisierung** ist hier als Lernprinzip für die „**komplexe Integrative Lerntheorie**“ (*Sieper, Petzold 2002; Chudy, Petzold 2011*) grundlegend: *Externales* – Umwelt, Beziehungen – wird *internal*. Alles *Intramentale* war eben zuvor im sozialen Raum, also *intermental*, und wird in „Zonen proximaler Entwicklung“ (*Vygotskij 1992; Jantzen 2008*), die zugleich „Zonen optimaler Proximität“ sind (*Petzold 2009h*), aufgenommen. In polyadischen Nahraumbeziehungen (Eltern, Freunde, aber auch Misshandler, Feinde, Zuhälter usw.) finden **Interiorisierungen** statt, und zwar *ein Leben lang*, nicht nur in Kindheit und Jugend, sondern auch im jungen Erwachsenenleben oder im Alter, also auch über die ganze Drogenkarriere hin. Im Unterschied zur *Freud'schen/Perls'schen* Idee der *Introjektion* oder *Internalisierung* nimmt der Integrative Ansatz mit *Vygotskij* an, dass das Subjekt das in den polyadischen Sozialisationsprozessen durch Umgebungseinwirkungen Erlebte und Erfahrene in der Interiorisierung **auf sich selbst** anwendet und natürlich auch auf die Anderen. So begründet erfahrene Empathie Selbstempathie und bestärkt Empathieren-Können, erfahrene Tröstung ermöglicht Selbsttröstung (*Petzold 2004l*), erlebte Achtsamkeit schafft Achtsamkeit im Umgang mit dem eigenen Leib, mit sich als Person und mit Anderen. Das zeigt auch, was KlientInnen und PatientInnen von ihren BetreuerInnen, BegleiterInnen, TherapeutInnen brauchen – auch und gerade in der niedrigschwelligen Arbeit, in der Regel auch als „**korrigierende emotionale und kognitive Erfahrungen**“, denn: **Erfahrene Entwertungen, Demütigungen, Misshandlungen, Verletzungen, „negative Interiorisierungen“ also, fördern einen schlechten Umgang mit sich selbst und Anderen!** Die Vermittlung von Trost, Empathie, eine achtsame, respektvolle Behandlung sind als **Interiorisierungs-Qualitäten** bedeutende Heilfaktoren (*Petzold 2003a, 1036ff.*). Eine begleitende, betreuende oder therapeutische Beziehung muss demnach auf dem gemeinsamen *WEG* der zwischenmenschlichen Erfahrung „**Modellsituationen**“ bieten, in denen und durch die wieder eine gute „selbstempathische, selbstfürsorgliche Beziehung“ zu sich als Person gewonnen werden kann, weil man empathisch und sorgsam behandelt, wertgeschätzt und ernst genommen wurde. Das ist ein notwendiges Kontrastprogramm zu den „**Minusmilieus**“.

Während sich die in der Szene Lebenden zunehmend an die dort geltenden Regeln und Gesetze anpassen und sie **interiorisieren** müssen, verschlechtert sich in gleichem Maße ihre Integrationsprognose. Zusätzlich sind sie neben den belastenden Umständen des Szenealltags mit Strafverfolgung, Verurteilung und Inhaftierung konfrontiert. Je mehr sich die Betroffenen von den „Gesetzen der Straße“ und des Haftalltags leiten lassen oder lassen müssen, denn hier herrschen strukturelle Zwänge, denen man sich kaum entziehen kann, desto schwerer fällt ihnen die Integration in weiterführenden Einrichtungen, hochschwelligen zumal, sei es hinsichtlich ihres Selbstbildes als Teil beziehungsweise als Nicht-Teil der Gesellschaft, oder ganz profan beim Einhalten von Regeln oder von kulturellen Normen (vgl. *Hecht 2002, 22*). Das **negativ Interiorisierte** hat dysfunktionale neuronale Muster und Handlungsschemata im Informierten Leib ausgebildet, und diese Dysfunktionalität kommt in ihrer ganzen Destruktivität für die Lebenspraxis des Betroffenen zum Tragen, insbesondere für die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, im Geben und Nehmen, Zuhören und Aussprechen, im Vertrauen und Misstrauen.

4.3 Die „empathischen Grundfunktionen“ und Modalitäten der Relationalität

Auf solchem Boden gelingen Beziehungen nicht, weil die empathischen Fähigkeiten beschädigt worden sind, die für jede Kommunikation und Interaktion eine unverzichtbare Grundlage darstellen, insbesondere für das Herzstück der Integrativen Therapie, nämlich das **Ko-responsenzmodell**. Neben seiner Funktion als Diskursmodell (Petzold 1978c, 1991e) präsentiert es eine Theorie und Praxeologie der „**Relationalität**“ auf dem Fundament der anthropologischen **Intersubjektivitätstheorie** der Integrativen Therapie in der Tradition von *Marcel, Merleau-Ponty, Levinas, Ricœur* (Petzold 1992b, 1996k; Orth, Petzold 1993). „**Relationalität**“ (Petzold 1986e) ist in permanenten Austauschprozessen informationaler und empathischer Wechselseitigkeit **ko-respondierend**. Sie umfasst differentielle Phänomene der Bezogenheit, wie sie in der klinischen Phänomenologie und den sozialphänomenologischen Alltagsbeobachtungen als „Beziehungsmodalitäten“ herausgearbeitet wurden.

„**Relationalität** ist ein Oberbegriff, unter dem die höchst differentiellen **Modalitäten** zwischenmenschlichen Miteinanders bzw. Sich-Beziehens gefasst werden, die Menschen in dyadischen oder multidirektionalen, interaktiv-kommunikativen Situationen zu einem oder mehreren anderen Menschen aktualisieren können – also auch in Situationen der „**Multirelationalität**“, zu denen wir von Säuglingszeiten an fähig sind. Über diese Relationalitätsmodalitäten belehrt uns die Sprache – z. B. mit Begriffen wie *Kontakt, Begegnung, Abhängigkeit, Hörigkeit* – oder informiert uns die klinische Erfahrung – mit *Übertragung/Gegenübertragung* – oder die sozialpsychologische Forschung, etwa über *Affiliation, Reaktanz, Bindungsverhalten* usw.“ (Petzold 2000h)

In all diesen Modalitäten kommen in mehr oder weniger ausgeprägter Weise empathische Qualitäten ins Spiel, so dass „**empathische Grundfunktionen**“ anzunehmen sind, deren Fungieren in wichtigen Dimensionen (wenngleich nicht in allen) mit den von *Rizzolatti*²⁷ u.a. entdeckten Spiegelneuronen verbunden werden kann (Petzold 2002j; *Lamacz-Koetz* 2009), besonders was das Verstehen nonverbaler Kommunikation in ihrer Wechselseitigkeit anbelangt (*Lamacz-Koetz, Petzold* 2009; *Kaufmann, Petzold* 2011). Aber es ist noch mehr erforderlich: nämlich ein hippokampal abgespeichertes szenisches und atmosphärisches Wissen aus Kulturen und Subkulturen, ohne das ein Fungieren der Spiegelneuronen allein für empathisches Erfassen und Verstehen wenig bringt (vgl. dazu *Petzold* 2009k). Spiegelneuronen allein erschließen mir nicht ein empathisches Verstehen eines kaukasischen Migranten mit schwerer Devianz- und Suchtproblematik, der zudem des Deutschen kaum mächtig ist. Ich muss etwas von seiner Mentalität, seinem Land, seinem Herkunft verstehen, mich also mit seiner Kultur, d.h. seinen kollektiven mentalen Repräsentationen, befassen haben, mit Mentalisierungen, die sich in seiner Sozialisation vollzogen haben und die ihn **und** seine Kultur (seine „Mentalität“) repräsentieren. Hier greifen Darlegungen zur Funktion von Spiegelneuronen, wie sie populär geworden sind (*Bauer* 2005), und die ihre Bedeutung überinterpretieren, zu kurz. Umfassende, weitere zerebrale Prozesse müssen hinzukommen.

²⁷ *Rizzolatti* (2008), *Gallese* (2005, 2008); *Stamenov, Gallese* 2002

»**Empathie** gründet nach Auffassung des Integrativen Ansatzes in genetisch disponierten, u.a. durch die Funktion von Spiegelneuronen gestützten, zerebralen Fähigkeiten des Menschen zu intuitiven Leistungen und mitfühlenden Regungen, die in ihrer Performanz ein breites und komplexes, supraliminales und subliminales Wahrnehmen „mit allen Sinnen“ erfordern, verbunden mit den ebenso komplexen bewussten und unbewussten mnestischen Resonanzen aus den Gedächtnisarchiven. Diese ermöglichen auch „wechselseitige Empathie“ als reziproke Einfühlungen in pluridirektionalen Beziehungen im Sinne des Erfassens von anderen „minds“ vor dem Hintergrund und in Bezug auf ein Bewusstsein des eigenen „mind’s“. Das ermöglicht in einer „Synergie“ ein höchst differenziertes und umfassendes Erkennen und Erfassen eines anderen Menschen (personengerichtete Empathie) oder von Menschengruppen in und mit ihrer sozialen Situation (soziale Empathie) nebst ihren subjektiven und kollektiven sozialen Repräsentationen« (Petzold, Müller 2005, 39).

„**Wechselseitige Empathie**“ kommt in allen gesunden Modalitäten der Relationalität vor – in **Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung**, z.T. in der Abhängigkeit, etwa bei der Pflege kranker Menschen in der AIDS-Hilfe. So ist „**Begegnung** ein *wechselseitiges empathisches Erkennen und Erfassen im Hier-und-Jetzt geteilter Gegenwart*“ (ibid., 40). Ein Begegnungsgeschehen erfordert aber für solches „Erfassen“ oft eine gewisse Milieukennntnis. Wer in der harten Drogenszene arbeiten will, braucht solches „Szenewissen“ für die Beziehungsgestaltung mit ihren drei identifikatorischen Schritten „aus innerer, empathischer Resonanz“ – *wechselseitiger Resonanz*, das sei nochmals betont. Es setzt voraus, dass diese Funktionen auch bei den KlientInnen hinlänglich intakt sind, was leider nicht immer der Fall ist, wodurch die Wechselseitigkeit in der Kommunikation und die gemeinsame Arbeit beeinträchtigt wird. Das macht ein behutsames, die Intersubjektivitätsfähigkeit des Patienten nicht überforderndes Vorgehen erforderlich, welches verlorene Funktionen allmählich wieder aufzubauen sucht (vgl. unten 8). Dabei ist es diagnostisch wichtig – auch für den Streetworker in Szenegesprächen – herauszufinden, welche empathisch-identifikatorischen Leistungen dem Klienten noch möglich sind und welche gefördert werden müssen. Es gilt „Zonen der nächsten Entwicklung“ (Vygotski) zu finden als Anknüpfungspunkte für weiterführende Arbeit, die weder überfordernd noch unterfordernd genutzt werden müssen. Nachstehend seien die identifikatorischen Qualitäten aufgeführt, die dabei in Interaktionen von beiden Seiten zum Tragen kommen können:

I. Eine **projektiv-persönliche Identifikation** - ich „projiziere“ mich an die Stelle des Betroffenen, versuche herauszufinden, wie ich an seiner Stelle (d. h. aber aus meiner persönlichen Perspektive) seine Situation erleben würde, um auf dieser Grundlage Richtwerte für mein Handeln zu finden. (Der Berater X, in fester Anstellung, stellt sich vor, wie es ihm ginge, wenn er – wie der Klient Z, arbeitslos – gerade die Wohnung verloren hätte; auf der „anderen Seite“: Der Klient Z stellt sich vor, wie es dem Berater X geht, wenn er immer solche Geschichten hört, fragt sich, ob er seine Lage überhaupt versteht; die Antwort entscheidet über ein Vertrauensverhältnis).

II. Eine **empathisch-intuierende Identifikation** – ich versuche mich in die Situation des Patienten als Betroffenen hineinzubegeben, indem ich mich bemühe, seine Sicht der Dinge, seine Art des Denkens und Fühlens aufzunehmen. (Berater X „schlüpft in die Haut“ von Z, der krank ist, extrem erschöpft, hoffnungslos. Das fühlt sich schlimm an für X, wenn er das wirklich an sich heran lässt, aber nur dann kann er Z einigermaßen verstehen; auf der „anderen Seite“: Klient Z versucht zu verstehen, warum der Berater X diesen Job macht, versucht seine Motivation zu erfassen, ob sie vertrauenswürdig ist. Nur dann lässt er sich vielleicht auf eine Zusammenarbeit ein).

III. In einer **sozialperspektivischen Identifikation** versuche ich mich aufgrund sozialen Sinnverstehens und sozialen Empathierens, in Akten „sozialer Intuition“ also, für die Wirkungen makrosozialer Einflüsse auf den Betroffenen zu sensibilisieren, mich seinen Perspektiven und Erlebnisweisen von politischen und ökonomischen Lagen und Ereignissen, von gesellschaftlichen Verhältnissen und Zeitgeist anzunähern (Berater X versetzt sich in die Lage von Hartz-IV-Empfängern, weiß sich in ihren *mentalen Welten* zu bewegen; der Klient Z versucht, sich in die mentalen Welten von Helfern hineinzusetzen. Gelingt das in positiver Weise, fördert das die Zusammenarbeit (vgl. z. B. *Petzold, Orth-Petzold, Patel* 2010; *Salahshour et al.* 2013).

Bei den aufgeführten drei identifikatorischen Schritten handelt es sich – das darf nicht vergessen werden – um Näherungen, die immer auch ein projektives Moment und subjektiv-bewertende Qualitäten von Seiten der TherapeutInnen, BeraterInnen oder SupervisorInnen implizieren, welches aufgrund ihrer sozialen, klinischen und persönlichen Erfahrung und ihrer theoriegestützten Bewertungsparameter in die intuitiven Prozesse eingehen. Diese haben kognitive, emotionale und volitionale Komponenten und versuchen stets *empathisch* auch das zu erfassen, was der Patient/Klient ausblendet, verdrängt, fehlbewertet. Das ist Helfern möglich, weil in jeder *therapeutischen Identifikation*, die nicht von Übertragungen kontaminiert ist, im empathischen Mitschwingen zugleich die „klinische Exzentrizität“ des Helfers wirksam ist. Gelingt dem Klienten/der Patientin, den Helfer/die Helferin in breiter Weise empathisch zu erfassen, so dass ein hohes Maß an „passender“ Wechselseitigkeit (Mutualität) entsteht, ist das für die Begleitung, Betreuung, Therapie eine gute Basis. Bei großer Verschiedenheit/Diversity aufgrund von Ethnie, Schicht, Gender etc. (*Petzold, Orth* 2011) wird die Situation schwierig – für beide Seiten. Den SoziotherapeutInnen hilft dann ihre professionelle Erfahrung, den KlientInnen ihre Erfahrungen mit Helfersystemen (hoffentlich waren sie hinlänglich positiv, vgl. zur Abnahme des Hilfesuchverhaltens *Petzold* 1980c).

5. Kollektive mentale Repräsentationen im „Verbundsystem“ – Aufgaben niedrigschwelliger Hilfsangebote

Mit den dargelegten anthropologischen, beziehungstheoretischen und sozialpolitischen **Positionen** (*Derrida* 1986) als „Standorten auf Zeit zu zentralen Themen, mit denen man noch zugange ist und befasst bleiben wird, Grundsatzfragen also“ (*Ehrhardt, Petzold* 2011), sind Grundlagen geschaffen worden, die die verschiedenen Aufgaben und Funktionen fundieren können, die in niedrigschwelligen Einrichtungen wahrgenommen und umgesetzt werden müssen. Damit kann auch eine Basishaltung den KlientInnen gegenüber entstehen, die von allen MitarbeiterInnen eines Verbundsystems getragen werden kann und deshalb auch von den PatientInnen und KlientInnen zu identifizieren ist. Es wird dann oft von „dem Geist“ einer Einrichtung oder eines Programms gesprochen. Wir sehen das strikt sozialpsychologisch als „*kollektive mentale Repräsentationen*“ (*Moscovici* 2001; *Petzold* 2003b, 2008b).

»**Komplexe soziale Repräsentationen** – auch „**kollektiv-mentale Repräsentationen**“ genannt - sind Sets kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen mit ihren Mustern des Reflektierens bzw. Metareflektierens in polylogischen Diskursen bzw. Ko-respondenzen und mit ihren Performanzen, d.h. Umsetzungen in konkretes Verhalten und Handeln. Soziale Welten als *intermentale* Wirklichkeiten entstehen aus *geteilten Sichtweisen* auf die Welt und sie bilden geteilte Sichtweisen auf die Welt. Sie schließen Menschen zu Gesprächs-, Erzähl- und damit zu Interpretations- und Handlungsgemeinschaften zusammen und werden aber

zugleich durch solche Zusammenschlüsse gebildet und perpetuiert – rekursive Prozesse, in denen soziale Repräsentationen zum Tragen kommen, die wiederum zugleich narrative Prozesse *kollektiver Hermeneutik* prägen, aber auch in ihnen gebildet werden.“ (Petzold 2003b, vgl. auch 2008b)

Die kollektiven mentalen Repräsentationen einer Gruppe, einer Organisation, eines Sozialisationsfeldes prägen natürlich auch die individuellen Mentalisierungen der Menschen, die einer solchen Gruppierung angehören.

»**Komplexe persönliche Repräsentationen** – auch **subjektiv-mentale Repräsentationen** genannt - sind die für einen Menschen charakteristischen, lebensgeschichtlich in *Enkulturation* bzw. *Sozialisation* interaktiv erworbenen, d. h. emotional bewerteten (*valuation*), kognitiv eingeschätzten (*appraisal*) und dann verkörperten Bilder und Aufzeichnungen über die Welt. Es sind eingeleibte, erlebniserfüllte „mentale Filme“, „serielle Hologramme“ über „mich Selbst“, über die „Anderen“, über „Ich-Selbst-mit-Anderen-in-der-Welt“, die die Persönlichkeit des Subjekts bestimmen, seine *intramentale* Welt ausmachen. Es handelt sich um die „subjektiven Theorien“ mit ihren kognitiven, emotionalen, volitiven Aspekten, die sich in interaktiven Prozessen „*komplexen Lernens*“ über die gesamte Lebensspanne hin verändern und von den „kollektiv-mentalen **Repräsentationen**“ (vom Intermentalen der Primärgruppe, des sozialen Umfeldes, der Kultur) nachhaltig imprägniert sind und dem Menschen als Lebens-/Überlebenswissen, *Kompetenzen* für ein konsistentes Handeln in seinen Lebenslagen, d. h. für *Performanzen* zur Verfügung stehen« (Petzold 2002b).

Kollektive mentale Repräsentationen, die in **persönlichen Repräsentationen** gut verankert sind, können als eine Art gemeinschaftlicher „*philosophy*“ von allen Mitgliedern eines Systems konsistent vertreten werden, denn es ist ein „mentales Leitbild“ vorhanden, das soziale Wahrnehmung, Bewertungsparameter und Handlungsroutrinen hinlänglich synchronisiert. Das kann natürlich nur erreicht werden, wenn die Inhalte eines Programmes fachlich gut fundiert sind – wozu der vorliegende Text einen Beitrag leisten will –, wenn also die „mission“ der Einrichtung (Bleicher 1994; Haschak 1998) ausreichend klar und überzeugend in den „Köpfen und Herzen“ der Mitarbeiter präsent ist und in forlaufenden Ko-respondenzprozessen lebendig gehalten wird. Es kann dann ins Außenfeld kommuniziert und im praktischen Handeln demonstriert werden, so dass Glaubwürdigkeit (*credibility*) und Vertrauen (*trustworthyness*) zu entstehen vermag (Petzold 2010q). Das gilt für ein Unternehmen in der freien Wirtschaft genauso wie für ein Verbundsystem der Drogenhilfe (Scheiblich, Petzold, 2006).

Niedrigschwellige Einrichtungen sind nach geltender Auffassung Angebote der Sofort- und Überlebenshilfe ohne wesentliche Anspruchsvoraussetzungen. Es handelt sich um Kontakt- und Anlaufstellen, Notschlafstellen, Drogenkonsumräume, aufsuchende und andere Hilfen, je nach konkretem Bedarf und finanzieller Ausstattung.

In der Zielhierarchie „Aufsuchen – Kontakt finden – Lindern – Bessern – Heilen – Neuorientieren“ (vgl. Petzold et al. 2006, 515) decken sie die Aufgaben eines Hilfeverbundes vom „Aufsuchen“ über das „Kontakt finden und halten“ und „Lindern“ ebenso ab wie das „Bessern“ durch Grundversorgung und andere Angebote und durch weiterführende Vermittlungen.

Die Ansprüche an eine hochwertige und professionelle Umsetzung erfordern die Erfüllung einiger Grundbedingungen:

5.1 Antworten für die Gegenwart und für die Zukunft

Das berufliche Handeln in den Einrichtungen muss wissenschaftlich begründet sein und sach- und fachgerecht erfolgen. Es erfolgt immer zweifach: Als Antwort auf die akute Notlage der Betroffenen und als Antwort auf die Frage, ob es einen Sinn hat, an einer „anderen“, einer „besseren“ Zukunft zu arbeiten.

So soll die Minderung von Leid und Elend die Gegenwart erträglicher machen und gleichzeitig den Sinn dafür öffnen, dass es sich lohnt, an einer Verbesserung der eigenen Situation zu arbeiten. Die Minderung von Leid soll dabei helfen, Veränderungsmotivationen zu entwickeln und dazu ermutigen, sich auf weiterführende Anstrengungen einzulassen. Das Selbstverständnis der Hilfen reicht weit über die Sicherung des Überlebens hinaus. Niedrigschwellige Hilfen sind Überleben sichernde Stützsysteme und „protektive Faktoren“ (*Petzold, Goffin, Oudhof 1993*), die destruktive und belastende Lebenssituationen abpuffern (buffering) und erträglicher machen. Als Ziel dienen immer Entwicklungsprozesse.

5.2 Annehmen: Angrenzen und Abgrenzen

In ihrer akzeptierend-anehmenden Funktion müssen sich die MitarbeiterInnen der Hilfeeinrichtungen neben den Fähigkeiten und Ressourcen ihrer Klientel auch deren ganzem Rucksack an Destruktivität, Dysfunktionalität, Kriminalität, Verrohung, Gewalt, aber auch Leid, Verletzung und Traumatisierung öffnen, ihnen möglichst nahekommen, bzw. die Klienten möglichst nahekommen lassen, ohne selbst zur Szene zu werden, rechtsfreie Räume zu bieten oder anderen Schaden zu nehmen. Sie wollen Hoffnung geben und gleichzeitig Distanz zur Hoffnungslosigkeit wahren. Hier ist das integrative Konzept der **Angrenzung** zentral, mit dem wir eine Alternative zu der modischen und in der Helferszene verbreiteten Abgrenzungsideologie bieten. *Petzold (1973)* führt aus:

„Jede Grenze ist, wie schon *F. Perls* betonte, auch eine Fläche des Kontaktes. Hier finden **Angrenzungen** statt: Kontakte, Berührungen, Begegnungen, hier gestalten sich Beziehungen. In Liebespartnerschaft, Freundschaft, Kollegialität, in Erziehung, Beratung, Therapie ist **Beziehung Aushandeln von Grenzen und Positionen**. Beziehungsgestaltung, Beziehungsarbeit besteht in diesem Aushandeln, in der Regulation von Nähe und Distanz, im Aufbau von Vertrauensräumen des Zwischenmenschlichen, Mitmenschlichen, Räumen der Gastlichkeit (*convivialité*), in denen **Angrenzen** wieder gelernt wird, was angemessenes, nicht verletzendes **Abgrenzen**, das Akzeptieren von Grenzen einschliesst. Dadurch soll **Ausgrenzung** vermieden werden, denn diese führt meistens ins Desaster. Ohne dass von *beiden Seiten* feinkörnige Empathieprozesse zusammenwirken, ohne eine solche 'Synergie des Empathischen' können Prozesse des Aushandelns an der Grenze nicht gelingen“ (ebd., 12).

Niedrigschwellige Arbeit ist Angrenzungsarbeit. Bei vielfach Zurückgestoßenen, Menschen, die die Ausgrenzung interiorisiert haben, ist das keine einfache Aufgabe. Sie erfordert, wie es im Integrativen Asatz betont wird, eine hohe „Empathische Kompetenz“ (*Römer 2011*). Die Hilfeeinrichtungen bieten Räumlichkeiten an, die von den Angehörigen der Straßenszene angenommen werden sollen. Sie sind neben Kontaktangeboten zum Hilfesystem auch Treffpunkte und Knotenpunkte für die prekären sozialen Netzwerke der Abhängigen (*Hass, Petzold 1999*). Diese Treffpunkte laufen ständig Gefahr, zur Operationsbasis für illegale geschäftliche

Aktivitäten zu werden oder selbst zur Szenebildung einzuladen. Hier bedarf es genau abgestimmter Maßnahmen, um Hilfen anzubieten und gleichermaßen Kriminalität zu verhindern. Das wird transparent gemacht. *Interventive Transparenz*, was Regeln, Grenzen und der Umgang mit ihnen anbelangt, ist in der **DINA** Grundbedingung des Vorgehens.

5.3 Not lindern und das Provisorium betonen

Die Versorgungsangebote in den Einrichtungen helfen, die akute Notlage zu mindern. Ein Qualitätsmerkmal niedrighschwelliger Hilfen sind Art und Umfang der günstigen oder kostenlosen Leistungen. Das Kunststück besteht darin, die Leistungen so vorzuhalten, dass sie die tatsächliche Not in der Aktualsituation lindern helfen. Gleichzeitig sollen sie in ihrer Art aber weiter an das „Provisorium der Lebenssituation“ erinnern, in der sich die Nutzer befinden, und Entwicklungswünsche anregen oder aufrechterhalten zu eigenständigen, von äußeren lebensbegleitenden Hilfen unabhängigen Lebensformen. Dieses Ziel muss, zumindest für die meisten der Betroffenen, als anzustrebendes Ideal und überall dort, wo es möglich ist, im Raum stehen: die Emanzipation von fürsorgenden Hilfen. Damit ist Emanzipation in ihrem ursprünglichen und positivsten Sinne gemeint: persönliche Verselbständigung und Gleichstellung im gesellschaftlichen Raum, die Partizipation und Mitgestaltung ermöglicht.

5.4 Anwaltschaft für die Betroffenen und für die Gesellschaft

Ein wichtiger Bestandteil des helfenden Auftrages in der **DINA** besteht in der Verhinderung von Exklusion und Segregation, von Benachteiligung und Ungerechtigkeit. Helfer nehmen dabei „anwaltliche“ Position ein. Sie stehen sowohl in gesellschaftlichen Fragen als auch in Einzelfällen an der Seite von Benachteiligten, Randständigen oder davon Bedrohten. Zu dieser Aufgabe gehört auch ein tiefes Verständnis für die Entwicklung und die Entstehungsdynamik von KlientInnenhandeln. Dazu sind differentielle identifikatorische Leistungen erforderlich, die – wie voranstehend dargestellt – in der Integrativen Therapie sorgfältig untersucht und beschrieben worden sind. Das Risiko für die MitarbeiterInnen besteht in der durch Überidentifikation entstehenden Verwechslung des empathischen Verständnisses der Entstehungsbedingungen mit dem Entschuldigen oder Rechtfertigen von kriminellen Handlungen. Hier bedarf es einer gut reflektierten und theoretisch fundierten Klarheit aller Helfenden in ihrer gesellschaftlichen und in ihrer individuellen Rolle und eine klare Positionierung zu Stellung und Auftrag in den Konzepten der Einrichtungen, was durch *fachkompetente* Supervision (sie ist das keineswegs immer, *Schay et al. 2006; Petzold, Schigl et al. 2002*) unterstützt werden sollte.

5.5 Selbstverständnis als Teil eines Netzwerkes – Konvivialitätszusage

Niedrighschwellige Hilfen betrachten ihre Angebote nicht als isolierte Leistung. Sie genügen sich nicht selbst und vermitteln ihren KlientInnen, dass die Hilfen in der Aktualsituation nur einen Teil der Möglichkeiten darstellen, die genutzt werden können. Sie betonen ihre Stellung im **Verbundsystem** oder im **Netzwerk** und helfen

ihren KlientInnen dabei, nicht in noch destruktivere Milieubereiche abzustürzen. Sie bieten die Chance, das Milieu verlassen zu können, wenn dazu die Motivation aufkommt. Im Regelfall sollten sie Bestandteil eines Drogenhilfeverbundes, einer Therapiekette oder eines gut kooperierenden Netzwerkes aus niedrigschwelligen und aus weiterführenden ausstiegsorientierten Hilfen sein, wie es für **DINA**-Programme unabdinglich ist. Der Verbund muss die Bedeutung „seiner“ niedrigschwelligen Einrichtung hochschätzen, genauso wie er die Bedeutung seiner hochschwelligen Einrichtungen sehen muss. Beide Bereiche brauchen einander. Hochschwelligen Einrichtungen ohne niedrigschwelligen Bereich fehlt der Boden, für den sie ihre Arbeit leisten. Die hochschwellige Einrichtung ist für den User in der Szene genauso eine Konvivialitätszusage wie ein Substitutionsprogramm in der Niedrigschwelligkeit: „Wenn Du willst, kannst Du kommen, und Du bist willkommen“. Gesellschaften, die *strukturell* „Exklusion“ produzieren, wenn man der *Luhmann*’schen Sicht folgt (*Luhmann* 1995, 1996) – und es spricht Vieles für diese, nicht erfreuliche Perspektive –, müssen deshalb, wollen sie ihren verfassungsmäßigen Zielen gerecht werden, auch *strukturell* an den Rändern der Exklusionszonen Einstiegsportfen und Wiedereinstiegshilfen vorhalten, um nicht permanente Ghettos und nicht als solche deklarierte „Exklusionszonen“ zu schaffen, wie sie in Zürich mit den offenen Drogenszenen am Platzspitz und am Letten entstanden sind (*Grob* 2009). Sie lassen an die Elendskolonien auf den Müllbergen von Kairo, Mexiko City, Manila (Smokey Mountain und Payatas), Managua (La Chureca) denken, wo Müllmenschen, 80% davon Kinder und Jugendliche, als „Cartoneros“ im Extremelend ihr Leben fristen (*Davis* 2006) und wo keine Einstiegsportfen „nach oben“ vorhanden sind – *Jean Ziegler* (2005) hat von einer globalen Schande gesprochen. Die Fiction hat sich dieses Themas schon prägnant bemächtigt – man denke an *John Carpenters* „Escape From L.A.“ (*Boulenger* 2003), wo die Welt der Wohlanständigen und Frommen Strafkolonien des Elends für die „Bösen“ geschaffen haben. Nur: kein Action-Held wie Snake Plissken (*Kurt Russel*) wird solche Probleme je lösen, da müssen wir selbst die Ärmel aufkrempeln und in die Tasche greifen – tief!

6. Die grundlegenden „Säulen“ niedrigschwelliger Hilfen

Als angemessene Antwort auf die vielschichtigen Problemlagen und zur Umsetzung der formulierten Grundbedingungen (siehe 4.) bedarf es sorgfältig abgestimmter Konzepte. Ihre Aufgabe ist es, Grundversorgung als Antwort auf die akute Notlage bereitzustellen, „**protektive Faktoren**“ zu bieten, die zur Ausbildung von „**Resilienzen**“ beitragen (*Petzold, Müller* 2004) und Prozesse und Entwicklungen in Hinblick auf einen Ausstieg aus der Sucht zu begleiten und zu unterstützen. Insgesamt soll ein „konvivialer Raum“ bereitgestellt werden. Einige Vorschläge dazu werden im Folgenden anhand eines Säulenmodells dargelegt.

Die Säulen bestehen aus:

- Zurverfügungstellung eines Konvivialitätsraumes als geregelten Ruhe-, Schutz- und Kulturraum
- Grundversorgung und Basishilfen
- Professioneller Kontakt, Information und Beratung
- Niedrigschwellige Hilfen als protektive Faktoren im Netzwerk Drogenabhängiger
- Weitere mögliche Säulen.

6.1 Zurverfügungstellung eines „Konvivialitätsraumes“ als geregelten Ruhe-, Schutz- und Kulturraum

Mit der Idee der **Konvivialität**, der „mitmenschlichen und professionellen Gastlichkeit“, wie es im Integrativen Ansatz entwickelt wurde (Petzold 1973, *Petzold, Müller* 2007; *Orth* 2010), wird Bezug genommen auf die menschheitsgeschichtlich alte Idee und Praxis der Gastfreundschaft (*Gotman* 2001; *Montandon* 2004; *Schérer* 2005). Die Nutzer der niedrigschwelligen Einrichtungen kommen als Gäste und sind als solche willkommen.

„Menschen, die auf ihrem Lebensweg sich erschöpft haben, in Gefahr geraten oder erkrankt sind, brauchen gastliche Räume. Das war und ist Idee hinter unserem Konvivialitäts-Konzept, weil wir meinen, dass Gastlichkeit, Gastrechte und Gastpflichten zu den überlebenssichernden Programmen der Hominiden gehören, die in die Frühzeit der Menschengeschichte zurückreichen und die ethischen Grundlegungen von Recht und Unrecht, Gleichheit und Gerechtigkeit (*Petzold* 2003d) gebildet haben. Es sind 'Humanessentialien', die letztlich auch die Grundlage einer modernen Ethik und der Menschenrechte heute bilden“ (*Petzold, Orth, Sieper* 2010, 134f.).

Der Begriff der 'Konvivialität' (von lat. convivus, Gast; frz. convive, dt. Konvive, Gast, Tischgenosse) spielt als anthropologischer und ethiktheoretischer terminus technicus in der Integrativen Therapie eine wichtige Rolle. Er wurde ursprünglich von uns 1968 – also vor *Derrida* (1996) und *Illich* (1974, La convivencialidad) und mit etwas anderer Konnotation – in der frühen Wohngemeinschaftsarbeit mit Drogenabhängigen eingeführt und knüpft an die altslawische bzw. russisch-orthodoxe Tradition der Philoxenie, der Gastfreundschaft, an (*Mondzain* 1999), die „russische Gastfreundschaft“, wie ich sie im Haus meiner Großmutter väterlicherseits erfahren habe (*Petzold* 2003d).

„**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, ‚fundierterer Kollegialität‘, Selbsthilfegruppen findet, aber auch in ‚professionellen Sozialbeziehungen‘, wie sie in Therapie, Beratung, Begleitung, Betreuung entstehen können“ (*Petzold* 1988t/*Petzold, Orth, Sieper* 2010, 144).

In jüngerer Zeit hat sich die Philosophie mit dem Thema der Gastlichkeit intensiver auseinandergesetzt, und zwar in säkularer, also für sozialinterventive und therapeutische Praxis relevanter Weise. Die Haltung, mit dem der Nutzer, Besucher, Klient, Patient empfangen wird, macht aus dem Fremden einen Gast (*Gouirand* 2008), der nicht als Bettler, Ausgestoßener kommt, sondern als „Willkommener“. *Derrida* (2001) hat es so formuliert:

„*Reine und unbedingte Gastfreundschaft, die Gastfreundschaft **selbst**, öffnet sich, sie ist von vorneherein offen für wen auch immer, der weder erwartet noch*

eingeladen ist, für jeden, der als absolut fremder **Besucher** kommt, der ankommt und nicht identifizierbar und nicht vorhersehbar ist, alles andere als das“ (ebd., 170).

Eine solche Haltung kontrastiert der abstinente Praxis *Freuds* (Petzold, Orth-Petzold 2009; Sieper et al. 2009) und ist stattdessen an einer Haltung der „Zugewandtheit“ und „gelebten Intersubjektivität“ (Petzold 1980g, 2003a) orientiert, wie sie der Integrative Ansatz in der Folge von *Gabriel Marcel* (1985) und *Sandor Ferenczi* (1932/1988) praktiziert und in seiner Grundregel verankert hat, die für die Therapie, für TherapeutInnen, aber auch für die MitarbeiterInnen in der psychosozialen Arbeit, etwa als **DINA**, eine Leitlinie gibt: Die Angebote „finden im Zusammenfließen von zwei Qualitäten statt: einerseits eine Qualität der *Konvivialität* – die MitarbeiterInnen bieten einen ‘gastlichen Raum’, in dem die BesucherInnen (KlientInnen, NutzerInnen etc.) 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* des Gestalten des Miteinander-Seins in dem geschützten Rahmen der Einrichtung in Angriff nehmen unter Bedingungen eines ‘geregelt Miteinanders’“ (Petzold 2000a).

Im Unterschied zum Therapiesetting, wo die Grundregel eine gelingende Therapie durch geregelte Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“ gewährleisten will, geht es im niedrigschwelligen Rahmen um das Gestalten eines kommunikativen und narrativen Miteinanders, um Austausch und Erzählen (Petzold 2003g).

6.1.1 Regeln

Um die Qualität eines gastlichen Raumes zu gewährleisten, sind Regeln notwendig. Gäste haben Rechte, sie haben aber auch Pflichten. Über die muss man sich verständigen, einigen und sie immer wieder auch aushandeln.

In der vorangegangenen Beschreibung der Lebenswelt marginalisierter Abhängiger wurde festgestellt, dass das Leben in der Szene eine hohe passive und aktive Konfrontation mit Kriminalität und Gewalt mit sich bringt. Weiter wurde konstatiert, dass viele der Betroffenen Merkmale von Verwahrlosung und „Verwilderung“ aufweisen und dass die Anerkennung der „Gesetze der Straße“ Überlebensbedingung in der Szene ist. Damit entsteht ein Kontrast zum „gastlichen Raum“, der Hindernis und Chance ist. Die Erfahrungen besonders in weiterführenden Einrichtungen, aber auch nach gelungenen Wohnungsvermittlungen, zeigen, dass eine Integrationsprognose sehr stark davon abhängt, inwieweit sich die Betroffenen von den „Gesetzen der Straße“ und vom Haftalltag leiten lassen. Das gilt besonders dann, wenn die subkulturellen Normen vollständig adaptiert und *interiorisiert* sind und den Betroffenen kein unterscheidender Umgang mit diesen oder der geltenden Rechts- und Kulturnorm mehr möglich ist.

In diesem Zusammenhang kommt den Regeln in den Einrichtungen eine hohe Bedeutung in ihrer schützenden und leitenden Funktion zu, aber auch als sozialisatorisches Lernfeld. Deshalb werden sie in diesem Kontext besonders ausführlich behandelt.

Zunächst ist das Vorhandensein von Regeln für die Einrichtungen der Drogenhilfe eine Existenzfrage. Es gibt im Geltungsbereich des Legalitätsprinzips, also auch in der Bundesrepublik Deutschland, keine staatliche Akzeptanz von *rechtsfreien Räumen*. Für die BesucherInnen von niedrigschwelligen Einrichtungen ist es

außerordentlich wichtig zu wissen, dass die Polizei bei einem Anfangsverdacht sogar die Pflicht hat, die Räume zu betreten, Straftaten zu verhindern und bei Verdacht auf begangene Straftaten zu ermitteln.

Der Versuch gutmeinender Politik, sogenannte „Duldungszonen“ zu schaffen, führte bisher aus mindestens zwei Gründen zum Scheitern: Der Strafverfolgungszwang (§ 163 Strafprozessordnung, StPO > „Legalitätsprinzip“) zwingt Polizei und Staatsanwaltschaft dazu zu ermitteln, andernfalls machen sie sich der „Strafvereitelung im Amt“ (§258a Strafgesetzbuch, StGB) schuldig. Der zweite Grund erklärt sich aus der komplexen Lebenswelt der meisten KlientInnen. Als Pendler zwischen Orten, an denen die „Gesetze der Straße“ gelten, und Orten der geltenden Rechtsnorm müssen sie ohnehin größte Anstrengungen aufbringen, den jeweiligen Anforderungen gerecht zu werden. Ein Duldungskonzept, das die permanente Einschätzung von „Grautönen“ erzwingt (was geht noch, was geht nicht mehr), führt durch die Erweiterung des Interpretationsrahmens zu einer Erhöhung von Komplexität, zu Verwirrung und zu unterschiedlicher Auffassung über das, was noch angemessen ist und was nicht mehr. Notwendig ist deshalb die *Reduktion von Komplexität*, zu einem leichten Erkennen von dem, was möglich ist und was nicht. Regeln müssen also vor allem klar, leicht zu verstehen, einschätzbar und umsetzbar sein.

Wird der Umstand berücksichtigt, dass das Einüben von Regeln als Akzeptanzrahmen dazu verhilft, den Kontakt zur geltenden Rechtsnorm zu halten oder wiederherzustellen (und damit die Integrationsprognose zu verbessern), stellen Regeln einen eigenen Wert dar und können als eigenes Übungsfeld dienen. Regeln helfen als Leitlinie, sie geben Abläufe vor und dienen dem Schutz der Einrichtung, der MitarbeiterInnen und der BesucherInnen. Aufgabe der MitarbeiterInnen ist es, die Regeln als Ausdruck der geltenden Rechts- und Kulturnorm in der Einrichtung zu erklären, sie zu begründen, ihren Sinn zu vermitteln. Allerdings ist es auch ihre Aufgabe, für die Einhaltung der Regeln zu sorgen, die Atmosphäre in der Einrichtung auszusteuern, (Fehl-)Verhalten zu strukturieren, zu kontrollieren, zu reglementieren, zu konfrontieren und zu sanktionieren, also durchaus auch erzieherisch im positiven Wortsinne einzuwirken. Für das Gelingen ist hier von besonderer Bedeutung, inwieweit **Intersubjektivität** als eigene innere Haltung verankert ist (siehe unter 5.1.3.).

In der Praxis lauten die Kardinalregeln:

- Kein Konsum von und kein Handel mit Drogen (Konsum nur im Drogenkonsumraum, falls das Angebot vorgehalten wird).
- Keine Androhung und keine Ausübung von Gewalt gegen Sachen oder Personen.
- Kein Waffenbesitz.
- Keine Hehlerei.
- Geld wird nur zum Einkauf von offiziell in der Einrichtung angebotenen Dingen benutzt.

Manchmal wird noch zusätzlich betont, dass die BesucherInnen sich eindeutig verhalten müssen, damit die MitarbeiterInnen nicht in den permanenten Beweiszwang geraten und ein „Räuber-und-Gendarm Spiel“ angezettelt wird mit dem Ziel, die Rollen und die Aufträge in der Einrichtung zu verwirren. Neben der Bedeutung der Regeln für die Existenz der Einrichtung haben sie eine hohe pädagogische und sozialtherapeutische Funktion. Bei Verstößen gegen die Regeln müssen „Sanktionen“ dazu verhelfen, das Regelwerk um- und durchzusetzen. Sanktionen sind Interventionsmuster, die dann eingesetzt werden, wenn die

Elastizität des interpersonalen Geschehens – das „**Aushandeln von Grenzen und Positionen**“ (vgl. oben) – nicht mehr ausreicht. Sie unterstützen durch die Konsequenzen für die Nutzer das **Realitätsprinzip**. Sie sind einsichtsorientiert, dienen dem Schutz vor Bedrohung und sollen Signalcharakter auch für die anderen Besucher der Einrichtung haben. Sanktionen ermöglichen **Angrenzungen**, wenn die Regeln respektiert werden, **grenzen ab**, wenn sie gefährdet werden, und **grenzen aus**, wenn sie so massiv durchbrochen und verletzt werden, dass ein Hausverbot verhängt werden muss. Das demonstriert zugleich die Solidarität mit jenen, die die Regeln einhalten oder Opfer von Regelverstößen wurden.

Im Verständnis einer Hilfeeinrichtung mit dem **DINA**-Konzept muss nach Ab- oder Ausgrenzung der Aspekt des „**Wiederangrenzens**“, z. B. in Form von Besprechung des Geschehenen, besonders betont werden. Dabei soll ein abgestuftes System für den angemessenen Einsatz der Konsequenzen sorgen und den „Weg zurück“ in die Einrichtung oder in die Hilfen bzw. das Erhalten des Kontaktes, das zentrale **DINA**-Prinzip des *keeping contact* (Petzold, Hentschel 1991), aufzeigen. Grundsätzlich empfiehlt sich, dass Sanktionen eher rasch und kurz, aber spürbar erfolgen, als nach langem Atem und mehrfachen Ankündigungen mit (zu) großer Härte. Zur Festlegung einer Sanktion gehört immer die Frage nach der dominierenden Motivation, nach dem höherwertigen Ziel (Konsequenz oder Schutz versus Hilfe) und nach der Glaubwürdigkeit. Sanktionen müssen immer – auch in emotional aufgeladenen Situationen – erkennbar bleiben als Ausdruck legitimer Macht, niemals als Ausdruck von Willkür oder Vergeltung. Regelverletzungen finden oft in einem interpersonellen Geschehen zwischen MitarbeiterInnen und KlientInnen statt. Deshalb gilt es, nach einem entsprechenden Vorfall neben dem Hergang auch die Rollen und die Interaktionsdynamik zu reflektieren. – Maßnahmen können Ermahnungen, Verwarnungen und Hausverbote sein. Gelegentlich werden auch Einzelmaßnahmen eingesetzt, wie z.B. das Verbot, für eine bestimmte Zeit die Kleiderkammer zu nutzen oder andere Maßnahmen, die in einem direkten Sinnzusammenhang stehen.

Hausverbote sind entweder *pädagogisch-diziplinarisch* oder *klinisch-diagnostisch* ausgerichtet. Bei pädagogisch-disziplinarisch motivierten Hausverboten wird eine Änderung des Verhaltens angestrebt mit dem schon erwähnten Signalcharakter für die anderen Besucher. Unter klinisch-diagnostischer Perspektive dienen Hausverbote dem Schutz anderer Besucher, der Mitarbeiter oder der Einrichtung. Längere Hausverbote erfolgen nach groben Verstößen wie z.B. gegen die drogenbezogenen Regeln, nach Gewaltandrohung oder Gewaltanwendung gegen Besucher, Mitarbeiter oder Einrichtungsgegenstände oder bei grundsätzlichen Bedrohungen, die von einer Person erkennbar ausgehen. Bedrohungen können neben genereller Gewalttätigkeit, Kriminalität oder grundsätzlich „regelablehnender Haltung“ auch massive psychische oder infektiöse Erkrankungen sein. Hausverbote enden nach einer vorgegebenen Frist oder zu dem Zeitpunkt, wenn nicht mehr von einer Gefährdung ausgegangen werden muss (ggf. nach einer Behandlung oder der Einstellung auf wirksame Medikamente). Hausverbote sollten nicht unbefristet erfolgen. Es hat sich gezeigt, dass ein Lernerfolg bei Hausverboten, die länger als drei Monate dauern, nicht gegeben ist. Längere Hausverbote sind lediglich durch ihren Signalcharakter an die anderen BesucherInnen gerechtfertigt. Grundsätzlich ist es sinnvoll, je nach Anlass sogar unabdingbar, nach Ablauf eines Hausverbotes ein Gespräch zu führen, um eine Verhaltens- oder Einstellungsänderung festzustellen und zu unterstützen, oder um die ursprüngliche Gefahr auszuschließen, entsprechenden Einfluss auf den Betroffenen zu nehmen und den Dialog im Sinne des „Wiederangrenzens“ aufzunehmen. Hausverbote sind immer Ausdruck des

Hausrechtes, so die Gesetzeslage. Ein Verstoß kann auch rechtliche Konsequenzen haben.

Sanktionen nach groben Regelverstößen oder mit hoher emotionaler Involviertheit der beteiligten Mitarbeiter sollten generell mit Abstand in der Dienstbesprechung und/oder der Supervision erörtert und nicht in der emotional aufgeladenen Situation „spontan“ ausgesprochen werden. Zur Wahrung eines reflektierten Vorgehens bei der Festlegung der Dauer eines Hausverbotes gilt in der Diskussion das Prinzip der „**engagierten Distanz**“ der betroffenen Mitarbeiter. Das heißt Abstand zu nehmen und ohne den Kontakt zum Geschehenen zu verlieren, eben in engagierter Distanz, den breiten Kontext der Gegenwart, Vergangenheitshintergründe, Zukunftsperspektiven und Alternativen zu betrachten (vgl. *Petzold*, 2007a, 193).

Folgende Vorgehensweise kann als Leitlinie in der kollegialen Besprechung dienen:

1. Schilderung der Vorfälle und Zusammenhänge durch die betroffenen Mitarbeiter.
2. Diskussion phänomenologischer Aspekte mit Hilfe diagnostischer Perspektiven (ggf. unter Zurückhaltung der betroffenen Mitarbeiter).
 - Klientenbezogen: Dosierung, emotionaler Allgemeinzustand, situativer Affektpegel, Verhalten nach dem Vorfall, ggf. Verhalten anderer Klienten.
 - Mitarbeiterbezogen: Grad persönlicher Involviertheit.
 - Welche Eskalationsstufen sind erkennbar?
3. Bewertung des Verhaltens und der notwendigen Konsequenz (pädagogisch-disziplinarisch ► einsichts-zentriert oder klinisch-diagnostisch ► Schutz vor Bedrohung).
4. Klärung der Motive für eine Sanktionierung und der Notwendigkeit einer Signalwirkung unter Berücksichtigung der Glaubwürdigkeit und des Prinzips des *keeping contact*.
5. Sanktionsbildung (unter Zurückhaltung der betroffenen Mitarbeiter).

6.1.2 Ruhe

Neben der Regelfrage dienen Hilfeangebote als „Ort der Ruhe“, besonders der Abgrenzung von der Szene. „Ruhe“ ist nicht mit meditativer Ruhe gleichzusetzen, durchaus aber mit einer „ruhigen Gelassenheit“, durch die man sich „lassen“ kann. Diese in der „philosophischen Therapeutik“ des Integrativen Ansatzes (*Petzold* 2001m, *Petzold, Orth, Sieper* 2010, 121ff.) wichtige Qualität, für die *Marc Aurel* (1988) oder *Seneca* (1999) wichtige Referenzen sind, gilt es im Hintergrund zu haben (*Hadot* 1991, 1997). Die „*tranquillitas animi*“, die „Ausgeglichenheit der Seele“, fehlt den Besuchern und ist für die MitarbeiterInnen bei dieser oft schwierigen Klientel notwendig. *Seneca* schreibt: „Man muss dem Geist Erholung einräumen und ihm immer wieder Muße gönnen, die ihm zur Nahrung und zur Kräftigung dient“ (*Seneca, De tranquillitate animi* 17, 8: 1999, 77). So ist der konviviale Schutzraum als ein Ort gedacht, der faktische Rückzugsmöglichkeiten von dem überflutenden Stadt- und vom Szenealltag zur Verfügung stellen soll und auch einen mentalen Ruheort bieten kann. Der innerstädtische Alltag ist für alle Menschen ein „Overload“ an auditiven und visuellen Reizen. Die Privatwohnung bietet in der Regel die dringend nötigen Rückzugsräume und Ruhezeiten. Das Leben auf der Straße ist ein Leben der permanenten Reizaussetzung ohne Rückzugsräume. Zu der alltäglichen Belastung durch Lärm, Hektik und optische Reize addieren sich Wachsamkeit

bezüglich täglicher Gefahren und ständige Konflikte. Diese Überflutung führt zu dauerhafter Unruhe, zu Stress und Strain und im Verein mit all den anderen Belastungen des „searchings“ ggf. zu einem „Personality Burnout“ (Petzold, van Wijnen 2010), einer nosologischen Kategorie, der man bei Abhängigkeitserkrankungen mehr Beachtung schenken sollte und der man in der Niedrigschwelligkeit häufiger begegnet.

Die Hilfeeinrichtungen bieten die Möglichkeit des Rückzugs von der Szene und den (Ersatz)Raum, um für einige Momente zur Ruhe zu kommen, seine Schutzschild- und Pufferfunktion zu nutzen. Deshalb gilt es, bei der Gestaltung der Räume nicht nur kleinere und größere Tische mit Gesprächsmöglichkeiten zu bieten, sondern auch Einzelplätze, um alleine sein zu können. Gespräche sollen eine angemessene Lautstärke nicht überschreiten, Musik soll allenfalls einen Hintergrund bilden.

Fernsehgeräte setzen die Reizüberflutung nur fort und sind kontraproduktiv (Ausnahmen gibt es eher bei besonderen gesellschaftlichen Ereignissen, wie z.B. Fußballweltmeisterschaft).

Die sozialarbeiterischen Anforderungen bestehen vor allem darin, eine *Atmosphäre* zu gestalten, die anregend ist und gleichzeitig Ruhe zulässt, und die *Atmosphäre* so angemessen auszusteuern, dass sie von den KlientInnen als wohltuend und nicht als einengend empfunden wird. Diese Aufgabe ist recht anspruchsvoll, bedenkt man, dass die Zusammensetzung der BesucherInnen altersmäßig und von den Bedürfnissen her sehr heterogen ist und Erlebnisse aus dem Szenealltag ungefiltert in die Einrichtungen fluten. Es ist deshalb für die MitarbeiterInnen sinnvoll, sich der stoischen Weisheit der Gelassenheit und Ruhe immer wieder selbst zu versichern, weil auf diesem Boden auch die intersubjektive Begegnung mit schwierigen Menschen leichter gelingt.

6.2 Schutz

Der schützende Charakter der niedrigschwelligen Hilfen wird in drei Einzelaspekten differenziert. Es handelt sich (1) um die „**Shielding-Function**“, die Schutzschildfunktion (Petzold 1995a) vor den bedrängenden Einflüssen aus der Szene und vor dem Ausgeliefertsein, (2) um die „**Buffering-Function**“ (ebd.), Schutz als Abpuffern von schweren psychischen Belastungen und traumatischem Stress und (3) um die „**Inclusion-Function**“ (Petzold, Orth, Sieper 2010, 147ff.), den Schutz bei gesellschaftlicher Ausgrenzung.

6.2.1 „Shielding-Funktion“, die Schutzschildfunktion

Niedrigschwellige Einrichtungen bieten in ihrer Eigenschaft als Rückzugsräume zum Erhalt von Ruhe auch eine schützende und bergende Umgebung. Sie „schirmen ab“, haben die Funktion eines Schutzschildes (*shielding*, Petzold 1995a). Durch die Regeln normativ gesichert, erhält besonders das Prinzip der Gewaltfreiheit eine herausragende Stellung. Die Botschaft dieses Prinzips lautet:

Jede(r) darf sich hier aufhalten, ohne Gefahr zu laufen, Opfer von Kränkung, Beleidigung, verbalem oder körperlichem Angriff zu werden.

Sie ist somit ein Garant für den Schutz vor Gewalt, Kriminalität und Ausgeliefertsein. Diese eher institutionellen, im Sinne einer Normensetzung zu verstehenden Präventionsmaßnahmen werden durch ein bewusst gestaltetes kulturelles Milieu unterstützt (siehe 5.1.4.), ergänzt durch eine Atmosphäre, die geprägt ist von

Achtung, Respekt, Wertschätzung, Wohlwollen – von „Gastlichkeit“ im oben umschriebenen Sinne also.

„Die Qualität der Konvivialität umfaßt Verbundenheit in einer Leichtigkeit des Miteinanderseins, wo jeder so sein kann und akzeptiert wird, wie er ist, und so eine ‚Konvivialität der Verschiedenheit‘ möglich wird, wo ein Raum der Sicherheit und Vertrautheit gegeben ist, eine gewisse Intimität integerer Zwischenleiblichkeit, in der man ohne Furcht vor Bedrohung, Beschämung, Beschädigung, ohne Intimidierung zusammensitzen, beieinander sein kann, weil die Andersheit unter dem Schutz der von allen gewünschten, gewollten und gewährten Gerechtigkeit steht und jeder in Freiheit (parrhesiastisch) sagen kann, was er für wahr und richtig hält“ (*Petzold* 1988t; *Petzold, Orth, Sieper* 2010, 250).

Eine zentrale Bedeutung kommt dabei der von den MitarbeiterInnen im Einrichtungsalltag gelebten inneren Haltung von *Intersubjektivität* zu. Kern dieser inneren Haltung ist das Bewusstsein, dass die Welt aus der Warte des Anderen anders aussehen könnte als aus der eigenen Sicht. Sie setzt voraus, dass wir dem und der Anderen seine und ihre Freiheit, Individualität und auch Selbstverantwortung zubilligen (vgl. *Rahm et al.* 1993, 81), die „Andersheit des Anderen“ (sensu *Levinas*) fundamental respektieren (*Petzold* 1996k), auch wenn wir seine Freiheitspotentiale durch die Sucht eingeschränkt sehen. Macht man sich bewusst, dass Menschen immer nur über „bedingte Freiheit“ verfügen (*Petzold, Sieper* 2008a, Bd. I; *Bieri* 2001), wird eine Akzeptanz dieses Faktums einfacher. *Intersubjektivität* meint Menschen auf der Ebene zu begegnen, die ihnen möglich ist und sie in ihrem Dasein und in ihrem Sosein wertzuschätzen. Das Ideal ist ein interpersonaler Kontakt zwischen zwei Subjekten „auf Augenhöhe“ (*Petzold, Gröbelbauer, Gschwend* 1999). *Intersubjektivität* mit dem ihr zugrunde liegenden Respekt vor der Würde und Integrität des Anderen lässt sich nicht einfordern, sondern wurde und wird in Modellsituationen erfahren, am Modell erlernt. Allerdings ist es manchmal notwendig, wertschätzendes und respektvolles Verhalten einzufordern. Die MitarbeiterInnen und die ganze Atmosphäre in der Einrichtung sind Modell und Lernfeld dafür. *Intersubjektivität* schließt nicht aus, dass MitarbeiterInnen in Grenzsituationen punktuell die Verantwortung für KlientInnen übernehmen, wenn sie für diese Situation aufgrund von zu hoher Dosierung, affektgeladener Stimmung oder in anderen extremen Lagen nicht zur Selbstverantwortung fähig sind. Dann muss der Gedanke von Schutz auch den Schutz vor selbst gefährdendem oder fremd gefährdendem Handeln mit einschließen, und die Mitarbeiterinnen sollten aus „unterstellter Intersubjektivität“ handeln (*Petzold* 1991e/2003a, 802f), was heißt die Unterstellung, dass der Patient/Klient/Besucher in vollsinnigem Zustand einer solchen Entscheidung als sinnvolle, schadensverhindernde Massnahme zustimmen würde. Auch die Entscheidung, das Wohl gefährdeter Kinder über den Vertrauensschutz ihrer Eltern, die als KlientInnen den Vertrauensschutz der Einrichtung genießen, zu stellen, gehört zu den problematischen Entscheidungen, die in der niedrighwelligen Arbeit immer wieder zu treffen sind. Folgende Aspekte der Schutzfunktion seien noch erwähnt:

6.2.2 „Buffering-Funktion“, das Abpuffern von psychischen Belastungen und bei traumatischem Stress

Das Maß der Belastungen vor der Ausbildung der Drogenabhängigkeit und das Ausmaß der Schäden während der zum Teil massiven Verläufe wurden in diesem Beitrag u. a. bei der Beschreibung der Ausgangslage dargelegt (siehe 4.). Demnach sind traumatische Erfahrungen massive „**Überstimulierung**“ des personalen Systems (Petzold 2003a, 465ff.), seiner psychophysischen Absorptions- und Integrationskraft. Es reagiert darauf mit Dissoziationen, was schon *Pierre Janet* (1889) – er prägte übrigens diesen wichtigen Begriff – erkannt hatte, dessen Pionierarbeiten in der Traumatherapie ja inzwischen eine Renaissance erleben (Crocq, de Vervizier 1989; Nemiah 1989; van der Hart 2006; Petzold 2007b). Traumatische Überstimulierungen, die nicht durch **protektive Faktoren abgepuffert** werden konnten, sind oft kausale, Sucht fördernde und Sucht bildende Faktoren. Das gilt vor allem dann, wenn traumatisierende Erlebnisse die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten überfordern und im Alltag zeitextendiert, d.h. über weite Zeiträume, in vielfältigen Belastungs- und Stresssituationen wirken und sich anhäufen, protektive Faktoren und Ressourcen fehlen und die Selbstsorge- und Selbstschutzkompetenzen reduziert sind oder verloren gingen. Die Betroffenen können sich nicht mehr schützen vor körperlichem und seelischem Schaden. Die Warnung des *Epiktet* fruchtet dann nicht mehr, „wie beim Spaziergehen darauf zu achten, nicht auf einen Nagel zu treten [...]“, so auch das eigene innere, leitende Prinzip nicht zu beschädigen“ (*Epiktet*, Encheiridion 38). Deshalb brauchen sie Beistand und Schutz, sonst sind die Folgen Phänomene der Über-Stress-Reaktionen bis hin zur Traumatisierung und zu posttraumatischen Belastungsstörungen (Petzold, Wolf et al. 2000, 2002). Dabei liegen in den Biographien oft nicht nur frühe Traumatisierungen vor, die kausal zum Tragen kommen, es müssen auch die Traumatisierungen berücksichtigt werden, die in der Drogenkarriere selbst stattfanden und weiterhin geschehen, und das sind z. T. heftige Geschehnisse, womit auch die HelferInnen in der **DINA** konfrontiert werden und die von den Betroffenen verarbeitet werden müssen (und natürlich auch von ihren BegleiterInnen). Vor diesem Hintergrund muss davon ausgegangen werden, dass steigender Konsum vor allem von Heroin und Benzodiazepinen durch die erwünschte medikamentöse Wirkung im Sinne von Schmerz- und Stressreduzierung, Dämpfung von Trauma-Intrusionen durch derartige „Selbstmedikation“ maßgeblich motiviert ist und suchtverschärfend wirkt. Bei dieser Betrachtung wird verständlich, wie der Versuch der psychischen Entlastung durch Drogenkonsum zu sich addierenden Belastungen im Szenealltag führt, zu deren Entlastung wiederum ein noch höherer Konsum nötig ist – es erfolgt eine Suchteskalation. Diese Phänomene fallen besonders nach Gewaltexzessen auf und bei KlientInnen, die sich täglich prostituieren. Gelegentlich sind tägliche Hochdosierungen in lebensgefährliche Zustände bei jenen zu beobachten, die kurz zuvor einen Entgiftungs- oder Therapieversuch unternommen haben und sich dort nüchtern und *überfordert mit sich selbst*, mit der eigenen Gegenwart und Geschichte konfrontiert sahen. Gelegentlich erklingt die Aufforderung, wie zu Eingang angeführt, sich statt für „klientisierende Konzepte“ mehr für Betroffenenkompetenz und Empowerment zu engagieren und die „Betroffenen als Experten“ in eigener Sache zu betrachten. Wir, als die wohl frühesten Verfechter der „doppelten Expertenschaft“ bzw. „multipler Expertenschaft“ der Betroffenen (Petzold 1973, 1990i), müssen dem entgegenhalten: Manchmal ist keine Kompetenz, keine Power, kein Expertentum mehr vorhanden. Da ist nur noch Hilflosigkeit und Verzweiflung und die Sehnsucht danach, dass das alles

aufhören möge. Es sei nochmals herausgestellt: „Da ist der *harm* so groß, da hilft keine *reduction*, sondern nur noch Barmherzigkeit“, wie es der Seniorautor einmal formulierte (Petzold 2000h). Den MitarbeiterInnen in den niedrighschwelligen Einrichtungen stehen in solchen Momenten keine klinischen Instrumentarien zur Verfügung. Sie haben die Aufgabe sich zuzuwenden, müssen zuhören und annehmen, aushalten, trösten und Beistand leisten, überflutendes Leid, Entsetzen und Angstzustände **abpuffern**. Die theoretischen und methodischen Konzepte der „**Trostarbeit**“, wie sie in der Integrativen Therapie entwickelt wurden, über die „Trauerarbeit“ hinausgehend (ders. 2004l), können hier Hilfen geben. Aber es sind letztlich die Mit-Menschen, die dabei emotionale Annahme, Beruhigung und Stütze bieten und Seel-Sorge im wahrsten Wortsinn leisten. Wenn auch das gesamte Verbundsystem mit seinen differenzierten Konzepten und institutionellen Möglichkeiten im Szenealltag als **protektiver Faktor** vor weiterer traumatischer Belastung dienen soll, so liegt der ultimative Support – das sollte nie vergessen werden – in der mitmenschlichen Zuwendung und Hilfeleistung der Mitarbeiter (Petzold, Sieper 2011).

6.2.3 „Inklusions-Funktion“, Schutz und Trutz gegenüber der Ausgrenzung

„Das größte Unglück ist es, aus der Gemeinschaft der Lebenden herausgehen zu müssen, bevor du stirbst“ (Seneca, De tranquillitate animi 5, 5). Ausgeschlossen, verstoßen zu werden, bedeutet „wie ein Toter zu leben“ (ebd.). Exklusion, Verbannung ist seit je eine der härtesten Strafen gewesen. Im Drogenmilieu ist man gleichsam im eigenen Lande verbannt, zum Fremden gemacht, xenophobisch behandelt, sich selbst fremd und fremder werdend. Dieser Perspektive – sie trifft auch für viele andere verelendete Obdachlose zu – kann hier nicht weiter nachgegangen werden, aus ihr folgt, dass ergänzend zu dem Schutz in beschirmender Funktion (*shielding*) und mit abpufferndem und bergendem Charakter (*buffering*), in dem das unterstützende und tröstende mitmenschliche Element so wichtig ist, in der **DINA** auch noch die Schutzmaßnahmen notwendig sind, die bei der schon vorhandenen Marginalisierung und Ausgrenzung weitere Exklusionsmomente verhindern. Dazu zählt u. a. die Zurverfügungstellung von Schutz in Form anwaltlicher Beistandschaft, um weiterem Abstieg zu begegnen und als ein Trotzen gegen die Bedrohung durch Abdrängung, Segregation und Ungerechtigkeit. Drogenabhängige haben aufgrund ihrer prekären Lebenslagen, als Randständige oder von Randständigkeit permanent Bedrohte, ohnehin auf wenig Unterstützung zu zählen. Sie sind als die kriminellen und die kranken Teile des Staates stigmatisiert, werden eher als „Fälle“, als Objekte von Anschuldigung und negativer Zuschreibung, selten als gesellschaftliche Subjekte gesehen.

In einer Zeit, in der die Kommunen ihre Einnahmen überwiegend aus Dienstleistungen an BürgerInnen und BesucherInnen und deren Konsumverhalten generieren, werden die Innenstädte und die Sehenswürdigkeiten zur „Visitenkarte“ einer Stadt. Drogenabhängige als Angehörige der Straßenszene stören ein attraktives Stadtbild und sollen nicht selten zumindest optisch daraus entfernt werden. Alleine sind sie in der Regel schutzlos gegenüber fragwürdigen obrigkeitsstaatlichen Maßnahmen der Exklusion, der Vertreibung aus dem „öffentlichen Raum“. Sie sind hier in einer ähnlichen Lage wie die „illegalen“ Immigranten, die „sans papiers“ (Alt 2003; Fassin et al. 1997; Noriel 2006), obwohl sie Papiere haben – u. a. Vorstrafenregister! Hier gibt es weder Gastrecht noch Asylrecht. Und natürlich finden sich unter den Drogenabhängigen dieses Milieus

auch zunehmend Menschen mit Migrationshintergrund und Migrationsproblemen. Sie sind dann von den Phänomenen der „**akkumulativen Stigmatisierung**“ (Petzold, Orth 2011) betroffen: Junkie, schwarz, Ausländer, schwul, Stricher, kriminell, das alles lastet auf e i n e r Person.

In einer solchen Situation bedarf es einer Anwaltschaft, einer Lobby, die Gerechtigkeit und Achtung der Menschenwürde auf der Basis einer sozialen Ethik und grundrechtlicher Zusicherungen einfordert und für die Betroffenen den Anspruch auf Solidarität ggf. anwaltlich vertritt (vgl. Hecht 1999, 60 f.). Soziale Arbeit in den niedrigschwelligen Angeboten übernimmt hier eine wichtige, wenn auch komplizierte Rolle. Zu den Aufgaben gehört die *parteiliche* Übernahme anwaltlicher Position für Benachteiligte, die Beteiligung an der Diskussion um die Nutzung des öffentlichen Raumes und das Engagement für den Ausgleich zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen.

Dabei übernehmen die VertreterInnen der niedrigschwelligen Arbeit immer eine Position in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung. Sie vertreten eine Verantwortungsethik, niemals nur die Interessen einer Gruppe im Sinne einer Gesinnungsethik. Gesamtgesellschaftliche Verantwortung verlangt eine „**Wächterfunktion**“ für den Schutz der Benachteiligten und gegen die „dunklen Seiten der Macht“ exkludierender gesellschaftlicher Tendenzen. Es wird auf Seiten der Helfer ein Selbstverständnis der „Einmischung“, des „Dazwischengehens“ (Leitner, Petzold 2010) in gesundheits-, sozial- und ordnungspolitischen Fragen mit dem „Blick für das Ganze“ erforderlich. Die Macht- und Ethiktheorie des Integrativen Ansatzes hat sich mit diesen Fragen in besonderer Weise auseinandergesetzt (Petzold, Orth, Sieper 2010; Petzold, Sieper 2011). Beispielhaft zeigt sich das bei dem Engagement für die Nutzung des öffentlichen Raumes durch Angehörige von Randgruppen oder bei der Sozialverträglichkeitsprüfung von Hilfeangeboten. Bei diesen Aufgaben, die die Helfer für die Allgemeinheit übernehmen, werden sie keineswegs immer unterstützt – von Dank braucht man erst gar nicht zu reden. SozialarbeiterInnen, DrogentherapeutInnen, BewährungshelferInnen, AltenpflegerInnen sind wohl die Letzten, die gesellschaftliche Arbeit leisten, denen man dankt. Im Gegenteil, es finden Prozesse der „**Ko-Stigmatisierung**“ statt: „Was, Du arbeitest mit Alkis?! – Du, in der Drogenarbeit, wie kannst Du das machen?“ – „Altenpflegerin bist Du?“ Oft wird die Arbeit, werden die Helfer in dieser Arbeit auch noch behindert und beeinträchtigt. **Ko-Stigmatisierung** im Sinne negativer Identitätsattributionen an alles und alle, die mit diesem „Bodensatz der Großstädte“, diesem „Abschaum“ (Zaimoglu 2003), diesen „Parias“ (Waquant 2006) zu tun haben, betrifft die MitarbeiterInnen und die Institutionen, in denen sie arbeiten (Belardi 1991), ein Phänomen, dem man bislang nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt hat und dem man mit gezielter Öffentlichkeitsarbeit entgegentreten muss. Das kann diese Bereiche auch für das Ehrenamt attraktiver machen, dem hier interessante und lohnenswerte Betätigungsmöglichkeiten offenstehen.

VertreterInnen von Einrichtungen der Drogenhilfe sind bei Aktivitäten wie etwa der Auswahl neuer Immobilien oder Beratungsstandorte in der Regel mit einer ablehnenden Haltung der Öffentlichkeit, der AnwohnerInnen bzw. Nachbarschaften konfrontiert. Hier können Einladungen zu Versammlungen, Aufklärung, Moderation der unterschiedlichen Interessen, Beharrlichkeit und wichtige Fürsprecher helfen. In der Regel geht es um Information, den Abbau von Vorurteilen und von diffusen Ängsten. All das hat allerdings keinen Sinn, wenn vorher versäumt wurde zu prüfen, ob z. B. Kinderspielplätze, Tagesstätten, Jugendeinrichtungen oder Schulen im unmittelbaren Umfeld liegen. Hier geht es dann um konkrete Ängste der AnwohnerInnen und um die Frage, ob es klug ist, sich für einen solchen Standort zu

engagieren. Wichtige Fürsprecher, Kooperations- und Ansprechpartner finden sich in den Städten meistens in weiteren, auch gesellschaftlich angesehenen Sozialeinrichtungen sowie in den entsprechenden Fachämtern der Stadtverwaltung, bei Geschäftsleuten, Verkehrsbetrieben, Polizei und anderen, für die öffentliche Ordnung engagierten, relevanten Bürgern und Berufsgruppen. Das alles sind, neben anderen Formen der Öffentlichkeitsarbeit, Maßnahmen gegen **Exklusion**. Es hat sich gezeigt, dass die Kontaktaufnahme und die Beziehungspflege in friedlichen Zeiten leichter vonstatten gehen als im Konfliktfall. Derartige Kooperationen müssen also in „Friedenszeiten“ initiiert und gepflegt werden, damit im „casus belli“, im Bedarfsfall, gegenseitige Vorurteile abgebaut sind und stattdessen Respekt und Achtung vor den Leistungen der jeweils anderen Berufsgruppe bestehen. Persönliche Sympathien helfen, manche Hürde zu überwinden. Das Ziel ist, bestehende Problemfelder *mehrperspektivisch* wahrzunehmen und im Idealfall Lösungen zu finden, die die Interessen aller berücksichtigen. Behindert werden solche Kooperationen gelegentlich durch die Sorge, der eigenen Rolle oder der eigenen Zunft untreu zu werden. Hilfreich sind hier die regelmäßige Reflexion des eigenen Auftrages, der eigenen Berufsrolle und genaue Absprachen mit den Kooperationspartnern. Im schwierigsten Feld, der Zusammenarbeit mit der Polizei, lässt sich die Definition der Rollen klar fassen: Die Polizei kümmert sich um die Probleme, die Drogenabhängige *machen*, die Sozialarbeit kümmert sich um die Probleme, die sie *haben*. (*Behrendes* 1996, 184). Mit einer derartigen Gewissheit der eigenen Rolle, klaren Absprachen und ein wenig Übung, begleitet durch gute Reflexion oder auch Supervision, sollten die persönlichen Ängste und der gelegentliche Vorwurf des Fraternierens „mit der falschen Seite“ keine allzu große Hürde darstellen.

6.3 Kulturelles Milieu

Ebenso wie der differenzierte Umgang mit Regeln und Sanktionen ist die Gestaltung des „kulturellen Milieus“ in der Einrichtung das Ergebnis einer genauen Auseinandersetzung mit der Lebenswelt der Betroffenen. Gilt bei der Regelfrage der Grundsatz, dass der wachsende Abstand zur geltenden Rechtsnorm durch „Verrohung“ und „Verwilderung“ die Integrationsprognose verschlechtert, so gilt das auch für den wachsenden Abstand zur Kulturnorm. Der Ausdruck dafür findet sich in Form von kultureller „Verwahrlosung“ und kultureller „Verarmung“. Die Antworten auf der Regelebene sind *Lenken* und *Steuern*, auf der kulturellen Ebene lauten sie *Nähren* und *Anregen*. Die Grundversorgung (siehe 5.2) dokumentiert, **was** an Leistungen bereitsteht, das kulturelle Milieu zeigt, **wie** die Leistungen bereitgestellt werden – in der puren Absicht, eine Alternative zur täglichen Szenerfahrung zu bieten. „Wie der Tisch gedeckt wird, wie bequem der Stuhl ist, auf dem man sitzt, wie das Geschirr aussieht, alles ist Symbol für den Geist, in dem man bei Tisch empfangen wird, zeigt, ob man willkommen ist, ob man als jemand Wichtiges gilt, und ob es ein Ereignis ist, was man genießt“ (*Bettelheim* 1983, 69). Das Empfangen und Willkommen-Sein darf in seiner Bedeutung nicht unterschätzt werden, wie die Arbeiten von *Gotman*, *Gouirand*, *Schérer* u.a. gezeigt haben. *Ferenczi* (1929) hat das in seinen tiefsinnigen Ausführungen über „unwillkommene Kinder“ und ihre Autodestruktivität unterstrichen – und in unserer Zielgruppe sind viele unwillkommene Kinder. Dabei geht es auch um sehr praktische und konkrete Dimensionen. So sorgt z.B. eine Kleiderkammer als Bestandteil der Grundversorgung neben den praktischen Effekten des Kleidens für die Unterstützung

eines würdevollen Daseins, dadurch dass Möglichkeiten für eine hinlänglich gepflegte Erscheinung gegeben sind, was auch für einen anderen Zugang zu sich selbst wichtig werden kann. „Wichtig von frühester Jugend an sind für uns Kleider; was unserem Körper am Nächsten ist, zeigt unsere Einstellung zu ihm. Was wir also auf dem Körper tragen, ist unserem Gefühl, dass uns unser Körper etwas wert ist, ab- oder zuträglich“ (Bettelheim 1983, 72). Mit einem solchen Verständnis von Kleidung lässt sich die sonst eher nur zweckmäßige Kleiderkammer noch einmal anders arrangieren oder anlegen und verhilft vielleicht zu größerer Geduld, wenn sich ein(e) KlientIn schlecht für dieses oder jenes entscheiden kann.

Ein bewusst gestaltetes kulturelles Milieu erreicht alle Sinne, berücksichtigt die integrative Sicht des Menschen als „multisensorisches Wesen“ (Petzold 2009c). Es findet seinen Ausdruck in der Gestaltung heller, sauberer, freundlicher und bebilderter Räumlichkeiten, um ein wohltuendes mikroökologisches Milieu bereitzustellen (Petzold, Moser, Orth 2012). Die Auswahl und Lautstärke der Musik, die Ausstattung mit Tischdecken und Geschirr, aber auch Spielen, Büchern, Pflanzen ist ebenso von Wichtigkeit wie die Einflussnahme auf Umgangsformen, Tischmanieren, Sprache und Grundfreundlichkeit. Den KlientInnen gegenüber erfolgt die Einflussnahme freilich angemessen, orientiert an ihrem Entwicklungsstand und ihren Entwicklungsmöglichkeiten, es sind keine „Erziehungsmaßnahmen“. Die MitarbeiterInnen wirken hier über Modellverhalten und sind Orientierung, Vorbilder. Bewusst gestaltete jahreszeitliche Feste und Geburtstage dienen neben der Freude an einer Feier auch als Erinnerung an ein anderes Leben, wecken Sehnsüchte und Hoffnungen. So ist zu klären, wann und von wem der Weihnachtsbaum geschmückt wird: Ab November wie im Kaufhaus oder am Vorabend von Heilig Abend durch die BesucherInnen gemeinsam mit MitarbeiterInnen. So stehen an den Adventssonntagen nicht nur Schalen mit Süßigkeiten auf den Tischen, sondern es werden gemeinsam Weihnachtsplätzchen gebacken und Schmuck gebastelt. Allein der Duft von Frischgebackenem erreicht die Sinne mehr als viele Gespräche. Der „Proust-Effekt“ (Petzold 2014g) ruft alte, längst vergessene oder verdrängte Szenen und Atmosphären aus den „Archiven des Leibes“, wie die integrative Gedächtnis- und Biographietheorie es formuliert (Petzold 2003a, Swanton 2010). Ein Geburtstagslied, von allen BesucherInnen gesungen, schafft mehr Atmosphäre und Gefühle von Zugehörigkeit als große Geschenke es vermögen. Aber es kann auch anderes wachgerufen werden, wenn das Wecken in der Notschlafstelle von Meckern und Maulen begleitet ist und dieses morgendliche Ritual in Ton und Art an die Familie erinnert. Bei all diesen kleinen Geschehnissen gibt es Gesprächsstoff und die Möglichkeit, „ins Erzählen“ zu kommen. Wenn ein „narratives Klima“ entstehen kann, kommen Nahraumqualitäten auf, entstehen Affiliationen, die so stark sein können, dass Besucher/Nutzer/Gäste, deren „Weg nach unten“ nicht aufzuhalten ist, dennoch immer wieder kommen, ja schwer krank, manchmal sterbenskrank in die Einrichtung kommen und dort versorgt, ins Krankenhaus begleitet werden. In der harten Szene ist der Tod nie weit. Immer wieder hört man von Leuten, die verstorben sind, noch jung an Jahren – Drogentote. Der Umgang mit Tod und Sterben wird nicht vermieden, sondern in Form von Gesprächen, persönlichen Einträgen in das Kondolenzbuch, Kerzen, gemeinsamer Teilnahme an Beerdigungen oder in Andachten gestaltet. So wird ein Raum eröffnet, sich den Themen „Abschied, Trauer, Trost“ zu widmen und sich den damit aufkommenden eigenen Lebensfragen zu stellen. Von Seiten des Integrativen Ansatzes sind für diesen Themenbereich wichtige konzeptuelle und methodische Vorarbeiten geleistet worden (Lückel 1981; Spiegel-Rösing, Petzold 1984; Varevics, Petzold 2005).

Nur kurz erwähnt seien noch folgende Bereiche: Je nach Besucherstruktur geben genderspezifische Angebote Platz für den Austausch von Erfahrungen, ein Themenbereich, dem man sich in der **DINA** in besonderer Weise gewidmet hat (*Gahleitner, Ossola 2007; Petzold, Orth 2011; Spilles, Weidig 2005; Vogel 2004* etc.). Ebenso bieten interkulturelle Angebote eine hervorragende Möglichkeit, KlientInnen mit Migrationshintergrund zu erreichen und ihnen zu signalisieren, dass hier ein geeigneter Ort für sie ist. Schließlich dienen Angebote der Aktivierung dazu, die Betroffenen immer wieder in Kontakt mit „dieser Seite der Welt“ zu halten. Das Nutzen der ausliegenden Tageszeitungen kann durch ein wöchentliches Quiz mit Fragen aus den Tagesmeldungen gefördert werden. Spieleturniere, gemeinsames Kochen, Singen und vieles mehr machen Spaß, wecken auf und zeigen im Alltag manchmal ganz überraschend verschüttete oder unbekannte Fähigkeiten und Ressourcen. Ein derart gestaltetes Klima fördert das aktuelle Wohlbefinden. Es hilft, Missstände besser zu ertragen, erinnert an zurückliegende positive Erfahrungen, weckt bei manchen die Sehnsucht nach einem besseren Leben und macht Mut, über neue Lebensentwürfe nachzudenken. So trägt das kulturelle Milieu dazu bei, unterstützt durch entsprechende Moderation, Hoffnungen nicht aufzugeben, Sinnfragen positiv zu beeinflussen und Pläne zu schmieden. Schließlich hilft die bewusste Gestaltung eines kulturellen Milieus bei der Prävention von Gewalt, indem die „andere Seite“ des Lebens wieder betont wird und die Einrichtung mit ihrem ganzen Klima zu einem auch von den KlientInnen zu beschützenden Raum wird.

6.4 Grundversorgung und Basishilfen

Die Grundversorgung stellt die Basis aller niedrighschwelligten Hilfen im Sinne von **Überlebenshilfen** dar. Diese Hilfen sollen die schlimmsten Auswirkungen gesundheitlicher Verwahrlosung und Beschädigungen verhindern und sozialer Benachteiligung entgegenwirken. Umfang und Form der angebotenen Hilfen orientieren sich am Bedarf und an dem, was an Hilfen möglich, also erreichbar, finanzierbar, aber auch sinnvoll ist. In der Einrichtung besteht die grundlegende Versorgung zunächst in der Zurverfügungstellung eines trockenen und warmen Aufenthaltsortes. Die klassischen gesundheitsbezogenen Hilfen sind der Erhalt von Speisen und Getränken, ergänzt durch die Möglichkeit von Körperpflege, Wäschereinigung und Kleiderkammer. Die Abgabe von Kondomen und die Möglichkeit, Spritzen zu tauschen, sind die basalen Präventionshilfen vor Infektionskrankheiten. Der Spritzentausch erfüllt noch einen erwünschten ordnungspolitischen Nebeneffekt: Jede Spritze, die in der Einrichtung abgegeben und fachgerecht entsorgt wird, liegt nicht in Parkhäusern, Parks und auf Spielplätzen herum. Ärztliche Sprechstunden und Behandlungsmöglichkeiten erfolgen nach dem Prinzip: „Wenn der Patient nicht zum Arzt geht, kommt der Arzt zum Patienten“. Diese speziellen Behandlungsangebote helfen oft, Infektionen und Verletzungen in einem frühen Stadium der Erkrankung zu erkennen und nach Möglichkeit zu heilen und damit meist schwierig verlaufende Krankenhausaufenthalte zu verhindern. Wo das nicht gelungen ist, wird dann bei eingetretenen Problemen Hilfe gegeben. Wenn möglich, werden die medizinischen Hilfen durch Tagesruhebetten oder Tageskrankenbetten ergänzt. Notschlafplätze für die Nacht dienen häufig dazu, neben der Beseitigung akuter Not, Kontakt zu den bedürftigsten Drogenabhängigen aufzunehmen, Negativprozesse aufzuhalten oder zu verlangsamen und nach Möglichkeit erste Hilfen durch Vermittlung in Wohnprojekte einzuleiten.

Soziale Hilfen erfolgen in Form von „Büroangeboten“. Hier können die BesucherInnen der Einrichtungen die Infrastruktur nutzen, um Telefonate zu erledigen, Briefe zu schreiben, Formulare auszufüllen, im Internet zu recherchieren und vieles mehr. Die Möglichkeit, eine Postadresse einzurichten, hat für wohnungslose KlientInnen oder solche mit nur provisorischem Wohnraum oft einen existentiellen Charakter. Eine ladungsfähige Anschrift hilft, Sicherungshaftbefehle zu verhindern, und die postalische Erreichbarkeit ist für viele Behörden eine Grundvoraussetzung für den Erhalt von staatlichen Hilfen. Manche Einrichtungen halten während einer Inhaftierung brieflichen Kontakt zu ihren KlientInnen und versorgen sie mit Geburtstags- oder Weihnachtspäckchen. Vor allem für jene ohne Angehörige bedeutet das, während der Zeit in der Haft nicht vergessen zu sein, und hilft ihnen nach der Entlassung, den Kontakt zum Hilfesystem direkt wieder aufzunehmen.

Andere Angebote wären wünschenswert, sind aber nur schwer umzusetzen. So könnten Schließfächer vielen KlientInnen dabei helfen, ihre Habe unterzubringen und den Alltag besser zu organisieren. Die Realisierung scheitert in der Regel an der schwierigen Verwaltung von Schließfächern und Schlüsseln, an der Frage der Öffnung und Entsorgung verbliebenen Eigentums und an strafrechtlichen Aspekten wie der Bereitstellung von Orten zur potentiellen und unkontrollierbaren Lagerung von Waffen, illegalen Drogen und von Hehlerware. Insgesamt stellt die Grundversorgung einen Angebotsbereich dar, der situativ sehr unterschiedlich organisiert werden kann, und Einsatzmöglichkeiten für ehrenamtliche Helfer und für die Beteiligung von KlientInnen bietet. Die sozialarbeiterischen Herausforderungen bestehen neben der Organisation der Leistungen in der Sorge für einen angemessenen Preis-Leistungsausgleich, der Organisation von Spenden, in der Kontaktpflege zu Spendern und in der gerechten Verteilung der Spenden. In der Alltagspraxis erfordert das ein ständiges Regulieren von Anliegen, Ansprüchen und Forderungen und der Reflexion der Sinnhaftigkeit mancher (kostenloser) Angebote. Dabei ist unbedingt zu beachten, dass niedrigschwellige Einrichtungen bei aller Qualität ihrer, in der Regel hervorragend organisierten, Hilfen und Spenden den **provisorischen Charakter** der Angebote und der ganzen Lebensweise betonen. Neben der Adaption an das Elend entwickeln viele KlientInnen auch eine Adaption an ein Leben, das sich aus der Zuweisung von Geschenkttem speist. Dies mag noch der Diskussion über das Selbstverständnis des Hilfeansatzes überlassen bleiben. Eines ist allerdings immer zu bedenken: Der ständige Erhalt von (geschenkten) Leistungen oder Dingen bedarf der Möglichkeit zum Dank oder zur Gegenleistung. Eine menschliche Solidaritätserfahrung soll immer auch die Chance zur Gegenleistung einschließen, zum Geben von Solidarität. Ein über eine Zeitspanne wachsendes Selbstbild als Almosenempfänger kann auch zum Verlust von menschlicher Würde beitragen, wenn die Selbstzuschreibung heißt: „Ich bin halt ein Sozialfall“ und es zu einer **interiosierten** Stigmatisierung gekommen ist, einer „spoiled identity“, wie *Goffman* (1963; *Petzold* 2009b) das treffend bezeichnet hat.

6.5 Professioneller Kontakt, Information und Beratung

Angehörige der Drogenszene brauchen in ihrer hochproblematischen und komplexen „Lebenslage“ AnsprechpartnerInnen und BeraterInnen mit einer hohen **professionellen Kompetenz** (Fähigkeiten, Wissen) und **professionellen Performanz** (Fertigkeiten, Können). Das gilt in Situationen alltäglicher Lebensbewältigung, in persönlicher Not bei interpersonalen und intrapersonalen

Konflikten genauso wie beim Umgang mit Institutionen und Behörden und bei Fragen der Vermittlung in weiterführende Einrichtungen bzw. bei der Frage, ob diese Vermittlungen zum Zeitpunkt angemessen und sinnvoll sind. Oft geht es bei diesen Themen um die Einschätzung von Zukunftsperspektiven und um den grundsätzlichen Sinn von Veränderungen oder um die Kraft, die radikale Veränderungen in der Regel erfordern. In niedrigschwelligen Einrichtungen werden bei Bedarf fachspezifische BeraterInnen hinzugezogen. Das gilt für berufsfremde, z.B. für rechtsanwaltliche Beratung, allerdings auch für AnsprechpartnerInnen aus weiterführenden Einrichtungen. So kann es sinnvoll sein, wenn KollegInnen aus Wohnhilfeeinrichtungen, Substitutionsambulanzen, Drogenberatung und Therapieeinrichtung Sprechstunden anbieten und Fragen zu den entsprechenden Hilfen beantworten. Der eigene Wert der Beratung besteht meist in dem angstreduzierenden Moment, wenn MitarbeiterInnen aus fremden Einrichtungen kennengelernt werden und ein erster Vertrauensaufbau möglich ist. In ihrer Funktion als AnsprechpartnerInnen und als BeraterInnen erfüllen die MitarbeiterInnen eine ganze Bandbreite an Funktionen. Sie sind „seel-sorgende“, annehmende und zuhörende Fachleute, leisten also im eigentlichen Sinne eine differentielle und integrative sozio-therapeutische Arbeit auf intersubjektiver Grundlage (Petzold, Sieper 2008a; Sieper, Petzold 2011). Ihre Beratungskompetenz beinhaltet Stress-, Konflikt-, Krisen-, Trauerhilfen, Beruhigungs- und Trostarbeit. Gleichzeitig brauchen sie einen enormen Kenntnisstand über die Verwaltung, Behörden, Rechtsfragen und die zur Verfügung stehenden Netzwerke. Sie kennen die Wirkung von psychoaktiven Substanzen und erfassen, welches Gespräch mit welchen Inhalten derzeit oder besser morgen einen Sinn hat. Sie wissen, welche Ausstiegsmöglichkeiten bestehen, welche Voraussetzungen nötig sind und können sicher überprüfen, ob die so vorliegen. Dazu haben sie eine gute Einschätzungsfähigkeit der Belastungen, seelischen Stabilität/Instabilität, der Entwicklungspotentiale und Ressourcen der einzelnen KlientInnen. Zur Erreichung der situativen Ziele variieren sie verschiedene Handlungsansätze und Methoden. All das leisten sie in Kurzinterventionen, während sie das Geschehen im Auge behalten. Mehrperspektivisch und vor allem multipräsent. Man muss immer diese hochqualifizierte Arbeit der Soziotherapie insgesamt und im niedrigschwelligen Bereich im Besonderen herausstellen, die oft in der Öffentlichkeit nicht gesehen und adäquat bewertet wird. Das sind ja nur Sozialarbeiter, die mit „junk, Abfall“ arbeiten. Ein solches Vorurteil findet man leider zuweilen auch unter PsychotherapeutInnen, die mit solch schwieriger Klientel oft nicht arbeiten, obwohl in Kooperationen viel erreicht werden kann (vgl. Zehnle, Bamert 2015).

6.6 Niedrigschwellige Hilfen als protektive Faktoren im Netzwerk Drogenabhängiger

Es gilt als sicher, dass Menschen als **Gruppenwesen**, die in **Polyaden** durch die Evolutionsgeschichte gewandert sind (Petzold 2005t), das intrinsische Bedürfnis nach Nähe zu anderen Menschen haben. Diese Anschlussuche wird *Affiliation* genannt.

„**Affiliation** ist ein Bündel von Mustern der 'Zugesellung', ein evolutionsbiologisch ausgebildetes Basisnarrativ im Verhalten von Primaten, also auch im menschlichen Verhalten, das einen deutlichen Selektionsvorteil bietet: Vergesellschaftet, in sozialen Verbänden, Netzwerken, Konvois lebend, bringen Menschen überlebenssichernde Leistungen hervor, vereinzelt gehen sie zugrunde.“ (Petzold 2007a, 379). „Sie sind der 'Leim', der soziale Netzwerke bzw. Konvois durch multiple Affiliation zusammenhält“. (ebd.).

Affiliationsphänomene kommen in allen sozialen Netzwerken zum Tragen in starker und schwächerer Ausprägung. **Starke Affiliationen** finden sich meist in familialen und verwandtschaftlichen Bindungen oder Intensivfreundschaften, so genannten Lebensfreundschaften. Menschen brauchen und suchen diese, aber auch schwächere Affiliationen, gute Freunde und Kolleginnen, sind wichtig in sozialen Netzwerken. Deshalb hat man sich im Integrativen Ansatz in intensiver Weise mit Netzwerktheorie und Netzwerkforschung befasst (*Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004*). Netzwerkphänomene kommen natürlich auch für Drogenabhängige als Angehörige von Straßenszenenrandgruppen zum Tragen. Der Begriff der „Szenen“ weist bereits darauf hin, dass es innerhalb der Gruppen Zugehörigkeiten über gemeinsame Merkmale und Abgrenzungen gibt. Spätestens bei der Beschäftigung mit Drogenabhängigen als Angehörigen von Straßenszenenrandgruppen wird deutlich, dass die Menschen in „Konvois“ – Netzwerke in der Zeit (*Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004*) – nicht nur konstruktive, Überleben sichernde Leistungen hervorbringen. Es gibt auch destruktive Konvois. *Affiliation* ist auch hier der „Leim“, der sie zusammenhält, doch sind die Netzwerke und ihre Merkmale nicht unbedingt und immer positiver, fördernder und unterstützender Art. Gerade Drogenabhängige leben in der Regel in brüchigen, dysfunktionalen und kriminellen Netzwerken. Diese Netzwerke waren häufig schon vor der Ausbildung der Abhängigkeit defizitär, das Leben in der Illegalität, auf der Straße und in der Haft hat für viele die nachteiligen Merkmale ihres Netzwerkes nur weiter verstärkt. Für viele Drogenabhängige sind niedrigschwellige Einrichtungen der erste Kontakt zum Hilfesystem. Sie sind mit ihrem Selbstverständnis und mit ihren vielfältigen Angeboten Garant dafür, dass der „Weg zurück“ offen bleibt oder geöffnet wird. In diesem Sinne sind die Hilfeeinrichtungen ein ressourcenstarker, unterstützender, positiv besetzter Anker im Netzwerk Drogenabhängiger. Ihr Ziel ist es, defizitäre und destruktive Netzwerke zu verbessern, ohne dass die Betroffenen schon einen Betreuungskontrakt eingehen müssen. Niedrigschwellige Einrichtungen sind für sie zunächst „nur da“ und wirken mit ihrer bloßen Anwesenheit trotzdem supportiv und protektiv. Sie dienen der Netzwerkerweiterung und helfen mit, weitere Unterstützungen, z.B. Kontakte zur Selbsthilfe, möglich zu machen. Für die MitarbeiterInnen bedeutet das, mit einer hohen persönlichen Präsenz aufzutreten. Gleichzeitig ist das Halten einer angemessenen Balance zwischen Zurückhaltung und Angebot von ihnen gefordert. Sie sind Repräsentanten für Unterstützung, Perspektiven und Ausstiegshilfen. Währenddessen müssen sie eine hohe Toleranz aufweisen für das lange Verbleiben Einzelner in der Szene und sind zeitweise „Zuschauer“ bei galoppierenden Negativentwicklungen. Gefordert wird die Akzeptanz, dass mit aller Kraft und Mühe zeitweise nur Schlimmeres verhindert werden kann.

6.7 Ergänzende Hilfen

Die beschriebenen Säulen niedrigschwelliger Hilfen werden je nach Auftrag, Problemlage, Prioritätensetzung und finanzieller Ausstattung durch weitere Hilfen ergänzt. Eine Auswahl wird im Folgenden vorgestellt:

6.7.1 Drogenkonsumraum

Nachdem 1986 der erste Konsumraum weltweit in Bern eingerichtet wurde, der bis heute in Betrieb ist (*Künzi 2006*), und 18 „Fixerstübli“ folgten, in den Niederlanden 16 „Druckräume“ vorgehalten werden, hat der Gesetzgeber auch in Deutschland die Möglichkeiten geschaffen, unter strengen rechtlichen Rahmenbedingungen Drogenkonsumräume zu betreiben. Inzwischen gibt es 16 davon. Voraussetzung sind das Vorliegen einer von dem jeweiligen Bundesland zu erlassenden Rechtsverordnung und der positive Abschluss eines Genehmigungsverfahrens zum Betrieb von Drogenkonsumräumen. Drogenkonsumräume sind Orte, an denen Drogenabhängige ihre selbst mitgebrachten Straßendrogen unter hygienischen Bedingungen und unter medizinischer Aufsicht selbst applizieren können. Diese Einrichtungen wurden evaluierend erforscht (*Poschadel et al. 2003*), ohne dass vertiefend die soziologische und sozialepidemiologische Situation exploriert wurde. Es handelt sich bei diesen Angeboten in erster Linie um Maßnahmen zur Gesundheitssicherung, um die Verhinderung von Infektionen und konsumbezogenen körperlichen Folgeerkrankungen. In der Regel sind es größere Einrichtungen mit möglichst weiten Öffnungszeiten, in denen zur selben Zeit auf zehn bis zwölf Plätzen definierte illegale Drogen geraucht, geschnupft oder injiziert werden können. Die Aufsicht und die situationsgerechte Versorgung in einem Drogennotfall erfolgen durch weitergebildete Laien, wie z.B. Studierende, oder durch medizinische Fachkräfte. Manche Einrichtungen bevorzugen ein Angebot, dass neben den Konsummöglichkeiten die psychosoziale Versorgung, die Ansprache und die Einbindung in das Hilfesystem betont anbieten. Diese Angebote sind in bestehende niedrigschwellige Einrichtungen integriert. Wegen der besseren persönlichen Ansprache stehen weniger Plätze zur Verfügung und der Auftrag schließt ausdrücklich neben der Gesundheitsberatung auch persönlichen Kontaktaufbau, psychosoziale Beratung und Vermittlung in weiterführende, ausstiegsorientierte Hilfen ein.

6.7.2 Aufsuchende Arbeit

Manche Drogenabhängige werden durch die Kommstruktur der Hilfeeinrichtungen nicht ausreichend gut erreicht. Deshalb wurde nach eigenen Streetwork-Erfahrungen 1967/68 in Paris von *Petzold* ein Streetwork-Konzept erarbeitet, das 1972 ins Angebot der hannoveranischen Therapiekette eingeplant und dort umgesetzt wurde (*Petzold 1974; Vollmer 1974*), eine Arbeitsform, die schon bald in der Drogenarbeit weitere Verbreitung fand (*Steffan 1988, 1989*) und auch in der Jugendarbeit unverzichtbar wurde (*Klose, Steffan 1997*), besonders aber in der Kinderarbeit der Dritten und Vierten Welt (den Term prägte 1969 *Joseph Wresinski* für die Marginalisierten und extrem Armen, das „Subproletariat“, vgl. *Walks 2006*). Die Vierte Welt ist im nächsten Abbruchhaus oder Armenviertel nebenan anzutreffen, darunter auch Kinder von suchtkranken Eltern. Kinder in aller Welt sind besonders hart betroffen, wie das Werk von *Peter Dalglish* (1998) und die von ihm gegründete Organisation „Street Kids International“ (http://www.streetkids.org/who_we_are/history.htm) zeigt. Streetworker suchen Menschen dort auf, wo sie sich gewöhnlich aufhalten und treffen. Im Drogenbereich eben in der Szene. In manchen Konzepten sind Hilfen wie Gespräche, Spritzentausch, Kondomvergabe, gelegentlich auch Ausgabe von Getränken, Essen und gesundheitliche Versorgung vorgesehen. Andere Konzepte

bevorzugen das Aufsuchen lediglich zur Kontaktaufnahme, informieren über das Hilfesystem und laden die Betroffenen in die Einrichtungen ein. Erweiterte Angebote aufsuchender Hilfen betreiben eine „nachgehende“ Sozialarbeit und suchen, vor allem bei betreuungsähnlichen Verhältnissen, ihre KlientInnen auf Szeneplätzen, in ihrem Wohnumfeld, im Krankenhaus, in der Haft u.ä. auf. In einigen Städten haben sich Angebote etabliert, in denen MitarbeiterInnen in enger Zusammenarbeit mit Polizei und Ordnungsbehörden Drogenabhängige ohne Kontakt zum Hilfesystem auf der Straße, im Krankenhaus oder kurz vor der Haftentlassung aufsuchen und ihnen anbieten, sie so lange – und manchmal immer wieder – zu begleiten, bis sie nachhaltig in das Hilfesystem integriert sind.

6.7.3 Niedrigschwellige psychosoziale Begleitung von Substituierten

Mit der Ermöglichung von Substitutionsbehandlungen und -programmen in Deutschland als ein methodischer Ansatz im Fächer der Interventionen in der Drogenarbeit (*Gerlach 2002*) gehörte es zu den Regelungen, dass Drogenabhängige, die sich in einer Substitution mit Drogenersatzstoffen befinden, sich parallel zu der Vergabe zwecks ärztlicher Hilfe in einer sogenannten „Psychosozialen Betreuung“ (**PSB**) befinden mussten. Gelegentlich erfolgen indes Substitutionen ohne genaue Abklärung der Ausgangslage, Definition der Ziele und ohne sorgfältige Indikationsstellung. Sie werden ohne Sicherstellung einer „**PSB**“ begonnen, mit der Folge, dass die Betroffenen verzweifelt nach einer Betreuung suchen und alle Bedingungen akzeptieren oder selbst froh sind, wenn diese nicht formuliert sind. Diese „Behandlungen“ – das ist unsere Erfahrung – können den geforderten Qualitätsstandards nicht im Entferntesten genügen, und das führt oft zu desaströsen Verläufen. Die „Betreuung“ erfolgt dann sehr lose, bietet wenig unterstützende Maßnahmen und endet oft abrupt, weil Vereinbarungen zu Gesprächen und vereinbarten Schritten nicht eingehalten werden. Die Folge sind dann plötzliche Abdosierungen, das Herausfallen der Betroffenen aus den Hilfen und die Fortsetzung gescheiterter Verläufe.

Die niedrigschwellige psychosoziale Begleitung und Betreuung von Substituierten im Konzept der **DINA** geht zurück auf das erste, sehr differenziert konzipierte Methadon-Substitutionsprogramm der Therapiekette Hannover (*Petzold 1974b, 450ff.; Lotze et al. 1974*) mit einem breiten therapeutischen und sozialarbeiterisch-betreuenden Angebot. Solche Intensivprogramme sind heute eher selten geworden. Für die „irgendwie“ Substituierten versuchen niedrigschwellige Angebote ein Auffangnetz bereitzustellen, und sei es nur, das zentrale Prinzip des „*keeping contact*“ (*Petzold, Hentschel 1991*) aufrechtzuerhalten, um folgenschwere Abbrüche zu verhindern. Statt eines wöchentlichen einstündigen Termins, der ohnehin meist nicht stattfindet, weil die Betroffenen dazu in ihrer Lebenslage überfordert sind, werden ggf. mehrere wöchentliche Kontakte vereinbart. Sie können telefonisch erfolgen, auf der Straße oder am Bettelplatz, im Krankenhaus, in der Kontakt- oder in der Notschlafstelle. Ziel ist es zunächst, den Kontakt zu halten, weiter auszubauen und in einem Zeitraum von drei bis sechs Monaten herauszufinden, ob überhaupt eine begründete Indikation für einen Ausstieg mit Hilfe der Substitution vorliegt oder ob nicht zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine (Rück)Anbindung an den Drogenkonsumraum die vern

6.7.4 Angehörigenarbeit

Gerade sozialraumnahe niedrighschwellige Angebote erreichen besonders in kleineren Städten oder in Stadtteilen neben der eigentlichen Zielgruppe einen Teil der direkten Angehörigen der Klientel. So entstehen Kontakte zu Verwandten und dem direkten Umfeld, mit der Folge, dass Sozialbehörden, Kindertagesstätten, Schulen usf. in die tägliche Arbeit miteingebunden werden müssen. Hier kommen dann in der **DINA** die *integrativ-systemischen* Perspektiven und Methodiken der Familien- und Netzwerkarbeit (Petzold 2010g) sowie der Elternberatung und -begleitung zum Einsatz zur Förderung der Kommunikation (ders. 1973f), zur Konfliktlösung und Verbesserung der Familienatmosphäre (Masten et al. 2010), zur Behandlung von Traumabelastungen (Petzold, Ehrhard, Josić 2006) und zur Hilfe für gefährdete Kinder (Michaelis, Petzold 2010). Ein Schwerpunkt liegt bei sozialpädagogischen Maßnahmen. So gibt es bei Bedarf in der Einrichtung Hausaufgabenhilfe, und es werden Freizeitaktivitäten, Grillabende und Ausflüge für die ganze Familie organisiert und in die Arbeit integriert. Nicht nur einzelne Personen sind dann KlientIn, sondern das familiäre und soziale Netzwerk als „System“. In Stadtteilen mit hohem Migrantenanteil helfen muttersprachliche Angebote, die Betroffenen besser zu erreichen, ihre Angehörigen mit einzubeziehen und Hilfen besonders unter der Beachtung kulturspezifischer Besonderheiten und Erleichterung durch gemeinsame nationale Codes bereitzustellen.

Ein besonderes Angebot stellt die Arbeit mit den Kindern von Suchtkranken dar. Auch wenn die Kinder oft bereits durch die Jugendbehörden in Obhut genommen wurden, leben viele Kinder mit ihren süchtigen Eltern zusammen oder haben Kontakte zu ihnen. Feste Einzel- und Gruppenangebote sollen den Kindern helfen, ihre Sorgen und Probleme nicht mehr alleine aushalten zu müssen, Überforderungen abzubauen, sollen sie entlasten, **Resilienzen** fördern, indem sie **protektive Faktoren** bereitstellen (Petzold, Müller 2004c).

6.7.5 Genderspezifische Angebote

Die hochkomplexe Lebenssituation in der Drogenszene ist vor allem unter genderspezifischer Betrachtung problematisch. Auch für die Betroffenen selbst lässt sich oft auf den ersten und zweiten Blick kaum herausfinden, wie z.B. Liebe oder Abhängigkeit im Raum von Kriminalität, Prostitution, Ausbeutung und Gewalt zueinander in Beziehung stehen. Entsprechende Angebote können helfen, Klarheit zu schaffen, Reifungsprozesse zu fördern und Entscheidungen differenzierter zu treffen. Das alles geschieht allerdings oft nur auf niedrigem Niveau und in quälend langsamen und von vielen Rückschlägen begleiteten Prozessen. Zu sehr prägen der Drogenalltag, der Bedarf an Geld, Stimmungsschwankungen und plötzliche Vorkommnisse wie Inhaftierungen usf. die Entwicklungen. Trotz allem oder gerade deshalb lohnt es sich, spezielle Angebote vorzuhalten, wie Frauen- oder Männertreffs zu den Themen Gewalt, Kriminalität, Prostitution, Abhängigkeit oder spezielle Trainings zur Selbstverteidigung für Frauen auf dem Boden einer modernen gendertheoretischen Konzeption, wie sie im Integrativen Ansatz seit Jahren ausgearbeitet wurde (Abdul-Hussain 2011; Spilles, Weidig 2005) und die als Leitkonzept die Gewährleistung von „**Genderintegrität**“ vertritt (Petzold, Orth 2011).

7. Differenzierung der Methodenansätze und ihre Einordnung in das Hilfesystem

Die Bezeichnungen von Hilfeeinrichtungen orientieren sich häufig an deren methodischem Auftrag. So heißen sie: *Kontaktladen*, *Kontaktstelle* oder *Kontaktcafé*. Es werden *Beratungsstellen* vorgehalten, manche heißen *Begegnungsstätte*, und im ambulanten und stationären Angebot finden wir *Behandlungsstellen* oder *Behandlungseinrichtungen*. An anderer Stelle werden viele der Begriffe synonym verwendet und es findet keinerlei inhaltliche Abgrenzung statt. So wird der psychosoziale Bestandteil einer Substitution abgekürzt „PSB“ genannt. Ausformuliert heißt es dann eher zufällig und wahlweise „Psychosoziale Betreuung“, „Psychosoziale Begleitung“ oder „Psychosoziale Behandlung“. Gelegentlich wird der Methodenansatz gar zur „Psychosozialen Begleitbetreuung“. Der nun folgende, abschließende Teil dieses Beitrags geht deutlich über die Theorien und Praxen der niedrigschwelligen Arbeit hinaus und bezieht sich auf das gesamte Verbund- oder Hilfesystem (Scheiblich, Petzold 2006).

Zunächst werden die einzelnen Methodenbegriffe, die in den verschiedenen Angeboten der Suchthilfe Anwendung finden, mit typischen Merkmalen versehen und definiert. Sodann erfolgt deren Zuordnung innerhalb der Angebote des Hilfesystems mit Hilfe einer graphischen Darstellung. Das soll dabei helfen, die Begriffe zu differenzieren, genauer zuzuordnen, was wann mit welchem Anspruch und mit welchem Ziel geschieht, und schließlich soll die Zuordnung von Methoden- bzw. Hilfeansatz zum Sozialisationsgrad der Klientel die Übersicht erleichtern (siehe 8.). Die Schnittstellen sind sinnvollerweise immer elastisch, der eigentliche Auftrag, das zielorientierte Handeln und das Selbstverständnis, bleiben dabei klar definiert.

7.1 Begleitung

- Ist ein kurz-, mittel- und langfristiger **Kontakt** in der Unverbindlichkeit der Aktuelsituation.
- Ist eine gezielte Intervention zur Bewältigung akuter Not (Kriseninterventionen) und aktueller Lebenslagen.
- Ziel sind die Minderung von Leid und das Aufhalten von Negativprozessen.
- Ist eine karrierebegleitende Langzeitstrategie unter dem Prinzip des *keeping contact*.
- Schließt kurzfristige und unsystematische Beratung und Information mit ein.
- Setzt im langfristigen Prozess auf die Integration des Hilfeangebotes und des Kontaktes in das soziale Netz der Betroffenen.
- Verfolgt auch das Ziel, das Interesse der Betroffenen an einer Betreuung zu wecken.

7.2 Beratung

- Ist in der Regel ein kurz- bis mittelfristiger Prozess, in der Regel von fachkompetenten Beratern angeboten und durchgeführt.
- Ist ein Kontakt mit der Verbindlichkeit fester Absprachen (Termin, Aufnahmefähigkeit) für die Dauer des Beratungsprozesses.
- Ziel ist die Bearbeitung eingegrenzter Themenfelder und konkreter Fragestellungen (auch in der Folge von Kriseninterventionen) mit lösungsorientierter (Pirschel 2010), ressourcenzentrierter (Petzold 1997p) und

potentialorientierter (ders. 2009k) Zielsetzung in einem breiten integrativen Beratungsansatz (ders. 2005f; *Rahm* 2004).

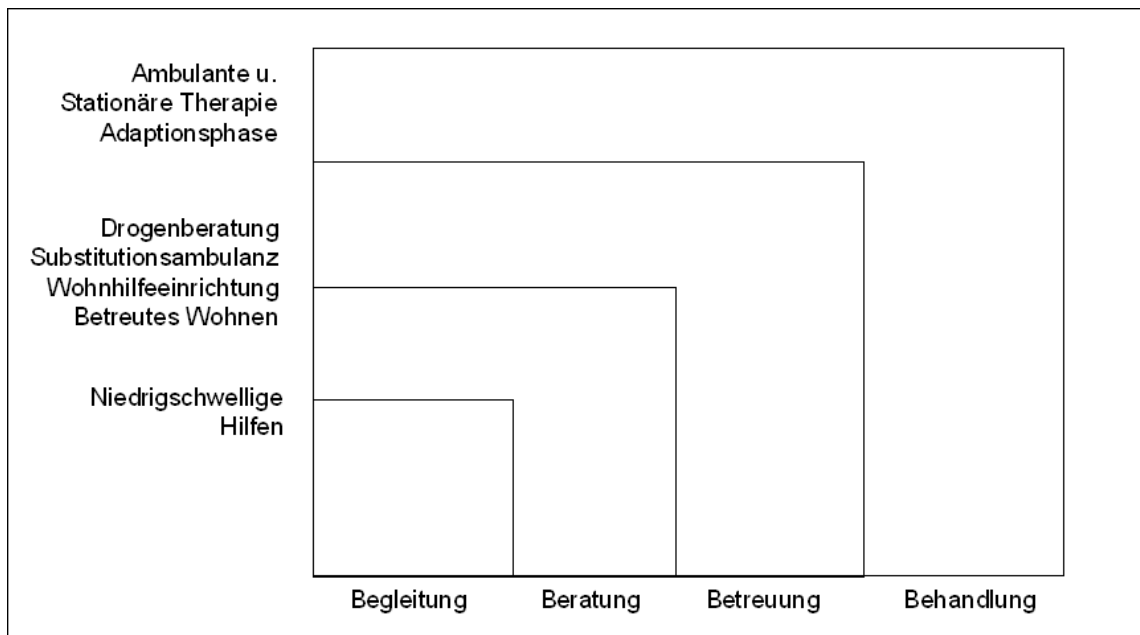
- Kann auch spontan in der Aktuelsituation „zwischen Tür und Angel“ oder als einmalige Intervention stattfinden (z.B. in der niedrighschwelligen Arbeit).
- Der Beratungsprozess kann nach Klärung der Fragestellung enden, in eine Betreuung übergehen oder – falls im Setting des Hilfeangebotes vorgesehen – den Prozess der Begleitung wieder aufnehmen.

7.3 Betreuung

- Ist ein mittel- bis langfristiger Prozess.
- KlientIn überträgt die Wahrung seiner/ihrer Anliegen ganz oder teilweise in seinem/ihrer Sinne auf den/die BetreuerIn.
- Themen der Betreuung sind die praktische Lebensbewältigung und das praktische Lernen auf der Basis eines Hilfeplanes.
- Ziele sind die Überwindung aktueller Notlagen, Erhöhen des Funktionsniveaus im Alltag und die Verselbständigung der KlientInnen.
- Schließt auch immer Beratung mit ein, umgekehrt schließt Beratung aber nicht Betreuung ein.
- Kann in eine Behandlung übergehen oder von einer solchen flankierend unterstützt werden.

7.4 Behandlung

- Ist ein mittel- bis langfristiger Prozess zur Linderung oder zur Beseitigung von Symptomen und zur Wiederherstellung körperlicher oder psychischer Funktionen, durchgeführt von fachlich qualifizierten und rechtlich zu Therapie befugten oder unter ärztlicher Aufsicht tätigen MitarbeiterInnen.
- Ist ein zielgerichtetes Handeln auf der Grundlage von Anamnese, psychosozialer Diagnose und Behandlungsplan.
- PatientInnen begeben sich mit Hilfe ihres „Behandlers“ in einen Prozess der Auseinandersetzung mit (hier) suchtbildenden Faktoren wie Sozialisations- und Enkulturationsdefiziten, Entwicklungsstörungen, Defiziten, Konflikten, Traumata, Milieuschäden und mit den eigenen Ressourcen und Potentialen.
- Themen sind die Arbeit mit suchtrelevanten Strukturen und den Wachstumsmöglichkeiten unter dem Aspekt von (Nach- und Neu-)Reifung und (Nach- und Neu-) Sozialisation.
- Ziel ist eine positive Entwicklung hin zu einer stabilen, reifen und flexiblen Identität.
- Schließt immer auch Betreuung mit ein, umgekehrt schließt Betreuung aber nicht Behandlung ein.



© A. Hecht 2007

Schema „Kontext Hilfeangebote zu Methodenansätzen“

7.5 Das Konzept der „Relationalität“ – Bezogenheit im Hilfeverbund

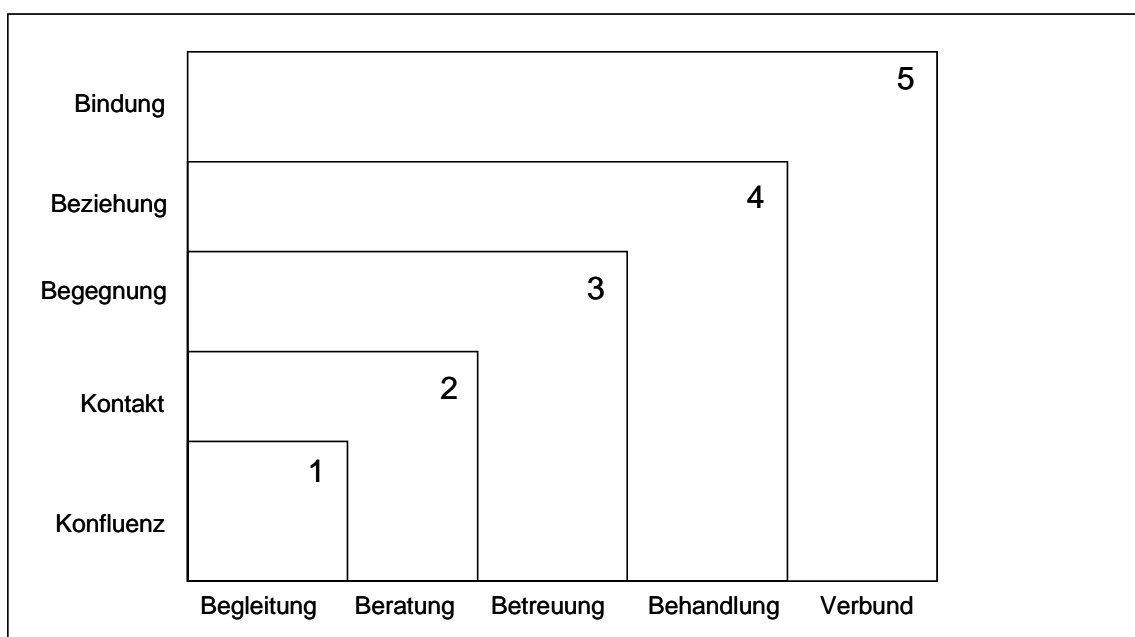
Das Konzept der „**Relationalität**“ wird, wie unter 4.3 ausgeführt, im Integrativen Ansatz als Oberbegriff für die verschiedenen Formen von „Bezogenheiten“ (Petzold 1993, 1064 ff.; Petzold, Müller 2007) verwandt, die alle auf den anthropologischen, ethiktheoretischen und beziehungstheoretischen Grundpositionen der „**Intersubjektivität**“ aufrufen, die im Integrativen Ansatz in Bezug auf Gabriel Marcel (1985), Emmanuel Levinas (1983), Paul Ricœur (2007) Mikhail M. Bakhtin (1981) – Buber überschreitend und einbeziehend – entwickelt wurden:

„Menschen leben als vergesellschaftete, in ihrer jeweiligen 'Andersheit' (*altérité*, Levinas 1963) einzigartige **Subjekte** miteinander in **intersubjektiven Beziehungen**. Das macht ihre **Hominität**, ihr menschliches Wesen aus. Dieses darf nicht zu Objektbeziehungen (Fälle, Menschenmaterial, Patientengut, Humankapital usw.) verdinglicht werden, weil damit ihre **Würde** (Marcel 1967) und **Integrität** (Petzold, Orth 2011) als menschliche Subjekte verletzt wird, ja ihre **Hominität** in Gefahr steht, beschädigt oder gar zerstört zu werden, etwa durch menschenverachtende Strategien der **Inhumanität** und **Dehumanisierung** (Petzold 1996j, 2008b), wie Marginalisierung, Armut, Verelendung, Unterdrückung, Verfolgung, Vertreibung, Folter, Pogrome, Vernichtung. Deshalb ist eine altruistische Grundhaltung der **Humanität** und des **Respekts** vor der **Dignität** jedes anderen Menschen die Basis einer menschengerechten und menschenfreundlichen Kultur. Sie muss folglich auch alle mitmenschlichen Hilfeleistungen bestimmen, die in **intersubjektiver** Haltung und in **melioristischer** Absicht²⁸ unternommen werden (Petzold, Sieper 2011)“.

Dieses Verständnis liegt der **DINA** zugrunde. Damit steht **praktizierte Intersubjektivität** im umrissenen Verständnis hinter allem Handeln in der niedrigschwelligen psychosozialen Arbeit und muss in ihr zu einer aktualisierten Realität werden, wie schwierig die Situationen und wie groß das Elend bei unserem Gegenüber auch sein mag. Aus diesem Grunde steht auch dieses Thema – es zieht sich ja durch den gesamten Beitrag – am Schluss dieses Textes mit einigen

²⁸ Zum Meliorismus siehe oben und Petzold 2009d.

Überlegungen zur methodischen Umsetzung, wie sie in unseren Einrichtungen erfolgt. Es soll dabei eine Beziehung hergestellt werden zwischen den ausdifferenzierten Methodenansätzen (siehe oben) und der Beantwortung der Frage, wann welche Hilfen unter welchen Voraussetzungen dem Reife- bzw. Sozialisationsgrad entsprechend indiziert sind. Es geht darum zu verstehen, dass bestimmte Hilfemaßnahmen erst dann sinnvoll und angemessen sind, wenn der/die KlientIn einen bestimmten Sozialisationsgrad entwickelt hat, warum es riskant sein kann, diese Faktoren zu übersehen und welche Verantwortung deshalb dem beruflich kompetenten Handeln in niedrighschweligen Kontexten zukommt. Dieser Abschnitt geht zurück auf einen Text von *Hecht* (2002) und seiner Praxis in den von ihm geleiteten und von den anderen beiden Autoren beratenen bzw. vom Seniorautor supervisorisch begleiteten Einrichtungen. Zum besseren Verständnis ist er mit einer Abbildung versehen.



© A. Hecht 2002

Schema „Bezogenheit der Hilfeinrichtungen zum Sozialisationsgrad der Klientel“

Suchthilfeverbund	1-5
Selbsthilfe	1-3 und 5
Psychosoziale Begleitung/Betreuung/ Behandlung Substituierter je nach konzeptionellem Ansatz	1-2 oder 1-3 oder 1-4

7.6 Umgesetzte Intersubjektivität

Menschen sind mit einem Potential für **Kontakt, Begegnung, Beziehung** und **Bindung** ausgestattet und dem Risiko von mangelnden Kontakten, unglücklichem Begegnen, schlechten Beziehungen, malignen Bindungen, belastenden, dysfunktionalen Abhängigkeiten oder gar destruktiven Hörigkeiten ausgesetzt (*Petzold* 2003a, 781ff.; *Petzold, Müller* 2005/2007). Ungünstige Bedingungen, wie Konflikte, Entwicklungsstörungen, Sozialisations- und Enkulturationsdefizite und traumatisierende Erfahrungen können zu schweren Schäden führen, die diese grundsätzliche Befähigung zu positiver Relationalität reduzieren oder gänzlich oder in

Teilen – je nach Zeitpunkt, Dauer und Intensität der Ereignisse – verhindern. Es entstehen dann, wie gesagt, dysfunktionale **Abhängigkeit**, ja das Desaster der **Hörigkeit** (vom Dealer, vom Zuhälter, vom Missbraucher u.a.). Aufgabe aller Drogenhilfeeinrichtungen ist es, ein (Nach- oder Neu-)Sozialisations- und Enkulturationsklima auf eine angemessene Weise zu schaffen. Angemessen heißt, dem Entwicklungsstand der Betroffenen und ihren aktuellen Entwicklungsmöglichkeiten ihres **intersubjektiven Potentials** entsprechend, so dass *Kontakt, Begegnung, Beziehung* und *Bindung* in der rechten „Passung“ angeboten wird. Die „Passung“ ist nach den Erkenntnissen der Psychotherapieforschung das zentrale Moment gelingender Beziehungen in der Therapie (*Orlinsky, Howard* 1988; *Orlinsky* 2007) – und man kann sagen, zwischen Menschen insgesamt (*Märtens, Petzold* 1998). Es geht um eine fördernde und durchaus auch dosiert fordernde, nicht aber überfordernde Art des Miteinanders, das eine „poietische“, eine ko-kreativ gestaltende Qualität gewinnen kann. In ihr und durch sie kann die Beziehung, das Beziehungsgefüge des Netzwerkes und zunehmend auch das Leben konstruktiv gestaltet werden, wenn die „Passung stimmt“, die „intersubjektive Beziehung“ gelingt und in der und durch die gemeinsame Beziehungsarbeit ein Fortkommen möglich wird, gemeinsam erarbeitete Ziele erreicht werden können (*Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998). Förderung und angemessene Anforderung implizieren die Chance zu Entwicklungs- und Reifungsschritten. Überforderung birgt die Gefahr der Reaktanz (*Petzold, Müller* 2005/2007; *Moser* 2011), des Scheiterns, des Ausbildens von Versagens- und Schuldgefühlen und einer Verstärkung von „erlernter Hilflosigkeit“ (*Seligman* 1991) bei KlientInnen und PatientInnen, wie es immer wieder nach Abbrüchen von Maßnahmen zu beobachten ist.

Selbstverständlich schließt jedes berufliche Handeln die vorgelagerten Ebenen mit ein. So umfasst eine *Betreuung* auf der *Begegnungsebene* den *Kontakt* im beschriebenen Sinne. Eine *Behandlung* auf der *Beziehungsebene* ist ohne *Kontakt* und *Begegnung* überhaupt nicht denkbar.

Konfluenz ist eine in der Entwicklung der Menschen sehr frühe (prä- und postnatale) unabgegrenzte Daseinsform in totaler Koexistenz (im späteren Leben findet sie sich in steuerbaren Verschmelzungserlebnissen in der Liebe, im Tanz etc.). Frühe Konfluenz ist gekennzeichnet dadurch, dass die Flut der verschiedenen Eindrücke noch nicht durch eine hinlänglich differenzierte Wahrnehmung und Verarbeitung strukturiert wird, die das Eigene vom Anderen unterscheidet.

Kontakt ist ein Prozess konkreter, differenzierter Wahrnehmung. Das Eigene wird vom Fremden unterschieden, durch das Erfassen der **Doppelqualität** von **Kontakt** als **Berührungsfläche** und **Grenze** zugleich, als „Angrenzungssituation“, in der das „Aushandeln von Grenzen und Positionen“ stattfindet. Durch die Stabilisierung einer Innen/Außen-Differenz wird die Grundlage der **Identität** geschaffen (*Petzold* 2001p, 2012a). Die Elemente des **Wahrnehmens** im konkreten *Kontakt* und des **Erfassens/Erkennens** entstehen durch die Interaktion mit dem Gegenüber. Der *Kontakt* zwischen zwei Menschen birgt das Potential für spätere *Begegnungen* von zunehmender Intersubjektivitätsqualität.

MitarbeiterInnen von niedrighschwelliger Einrichtungen, deren Aufgaben in der beiläufigen *Begleitung* und in der unsystematischen *Beratung* liegen, konzentrieren sich darauf, im persönlichen *Kontakt* mit ihrer Klientel einen Dialog in der Unverbindlichkeit der Aktualsituation so zu führen, dass die „Chance der Begegnung“ entsteht (*Petzold* 2003a, 781). Bei Menschen mit frühen oder schweren Persönlichkeitsstörungen und schwierigsten aktuellen Lebensumständen bedeutet das oft schon die Grenze des Möglichen (und des Erlaubten, denn zu große Dichte kann gefährdend werden).

In der niedrigschwelligen Arbeit sind das Praktizieren von **Dialogfähigkeit** (Sprechen und Zuhören, sich-im-Gespräch-aufeinander-Beziehen) oder **Polylogfähigkeit**, wenn es sich um Arbeit in Mehrpersonensettings handelt eine Grundvoraussetzung dafür, die KlientInnen zu erreichen. Multiple Wahrnehmung und Erkennung des Anderen und die Unterscheidung zwischen Inhalts- und Beziehungsaspekten, sowie das Erspüren und Aushalten intersubjektiver Intensität – „Angst vor Nähe“, vor einem „Wieder-Verletzt- und Wieder-Verlassen-Werden – sind Leistungen, die für viele der KlientInnen zum Zeitpunkt eines noch „jungen“ Kontaktes eine hohe, zuweilen zu hohe Anforderung bedeuten. Diese Fähigkeiten über flüchtige Kontakte zu Begegnungen, gar zu Beziehungen zu finden, sind wichtigste Voraussetzungen für spätere weiterführende Maßnahmen.

Das Handeln in den Settings niedrigschwelliger Einrichtungen zielt auf Prozesse „von der *Konfluenz zum Kontakt*“ oder „vom *Kontakt zur Begegnung*“ oder „von der *Begnung zur Beziehung*“. Momente der *Begegnung* in einem kurzen Zwischenraum am Rande des Trubels in der Kontaktstelle, dem Drogenkonsumraum sind die seltenen Ausnahmen. Nicht anders ist es auf der Straße oder in der dünnhäutigen Atmosphäre der Nacht in der Notschlafstelle. Der Versuch, an dieser Stelle „Arbeit an einer *Beziehung*“ – gar „in einer Beziehung“ mit voller intersubjektiver Intensität – leisten zu wollen, würde nicht nur den Arbeitsauftrag und die Ressourcen der Einrichtung überfordern, sondern auch die Fähigkeiten vieler KlientInnen. Die **Fähigkeit zu hinlänglicher Intersubjektivität** kann in diesen Settings und bei diesen Populationen, wo diese Fähigkeit sich aufgrund destruktiver biographischer Milieus nur rudimentär entwickeln konnte oder beschädigt wurde, nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden – hier scheitern Positionen von „Mündigkeit und Selbstbestimmtheit“, wie sie von gewissen Verfechtern aus dem Lager des Akzeptanz-Paradigmas (siehe oben) behauptet werden (*Schneider* 2010). Die Folgen überfordernder Beziehungsangebote bei solchen KlientInnen sind regelmäßig Kränkung und Enttäuschung, das Gefühl, selbst versagt zu haben, und damit die Wiederholung von ohnehin einstmals als schädigend erlebten Ereignissen. Bei den Helfenden führen solche Erfahrungen oft zu einem diffusen Gefühl von Nicht-gut-genug-Sein oder schlimmstenfalls zum Verdammnis der angeblich undankbaren oder unmotivierten Klientel. Solchen Reaktionen kann man begegnen, wenn man sich seiner intersubjektiven Grundhaltung versichert und bei solchen Menschen aus „unterstellter Intersubjektivität“ (*Petzold* 1978, 51) handelt: „*Wenn dieser Mensch alle seine Möglichkeiten zur Verfügung hätte, dann wären ihm auch **Begegnungen** möglich, ich bleibe deshalb mit Geduld im **Kontakt**.*“ In seinen Übungen zur Krisenintervention empfiehlt *Petzold* (1975m) Helfern, wenn sie Mühe haben, schwierige, böse, schmutzige, stinkende, verwahrloste Klienten/Patienten anzunehmen – Voraussetzung dafür, dass man als „innerer Beistand“ **interiorisiert** werden kann – sich vorzustellen, was für ein Kind dieser Mensch war, und was diesem Kind widerfahren sein muss, dass jetzt ein derart ruiniertes Mensch vor uns steht. Eine solche mentale Übung hilft, die intersubjektive Zugewandtheit wieder zu gewinnen und eine *konviviale* Atmosphäre zu schaffen, den Anderen als Gast aufzunehmen und einen „potential space“ (*Winnicott* 1963) zu schaffen, der auch zum Begegnungsraum werden kann. *Begegnung* umfasst verschiedene Lebensbereiche, bedeutet Zusammensein, Zusammentreffen, Berührung zweier Körper, Sehen und Beobachten, Intuieren, Einfühlen, Teilen und Lieben, Verständigung untereinander, intuitives Erkennen durch Schweigen oder Bewegung, Sprache oder Gesten. Das Wort *Begegnung* enthält als Wurzel das Wort „gegen“. Es umschließt daher nicht nur liebevolle Ereignisse, sondern auch feindselige und drohende: Einander-gegenüber-Stehen, Zuwiderhandeln, Streiten. *Begegnung* in

intersubjektiver Qualität ist ein Seinsbegriff (Marcel 1985; Petzold 1990g), einmalig und unersetzbar.

Begegnung setzt *Kontakt* beziehungsweise die Fähigkeit zum *Kontakt* voraus. In der *Begegnung* beginnt das ganzheitliche und zugleich differenzierte Wahrnehmen, Erfassen und das Verstehen des Gegenübers. *Begegnungen* sind kurzfristig und meist ohne Zukunfts- und Dauerversprechen und dienen der *Beratungsarbeit* in der Aktuelsituation. Auch Settings der mittelfristigen *Beratungsarbeit*, in *Betreuungen* und in der Psycho- und Soziotherapie sind vorrangig *begegnungszentriert*. Der Spielraum beginnt im Kontakt Hier und Heute und über die *Begegnungen*, die in der niedrigschwelligen Arbeit eher selten sind, weit über *Beratungen* hinausführen, hin zu ambulanten oder stationären *Betreuungen*, bis zu einer *Behandlung*.

Begegnung erfordert immer die Fähigkeit und den Mut mit-zu-sein und mit-zu-gehen, aber auch zu strukturieren, zu konfrontieren und zu regulieren. Ein *Begegnungskonzept* reicht jedoch vor allem in der *Behandlung* von Menschen mit schweren Störungsbildern, wie sie bei unserer Klientel die Regel sind, nicht aus. Die aufscheinende Intersubjektivität ist zu kurz aktiviert, um nachhaltig wirken zu können. **Beziehung** erfordert Dauer. In einer „*Behandlung durch Beziehung*“ muss die Ebene der „Heilung aus der *Begegnung*“ (Trüb 1951) überschritten werden hin zu einer „intensiven Affiliation“, einer Nahraumbeziehung (Petzold, Müller 2005/2007). Neben der Dauer sind die Entscheidungsfreiheit und die **Verlässlichkeit** die wichtigsten qualitativen Merkmale der *affiliativen Beziehung*. Gerade bei drogenabhängigen KlientInnen und PatientInnen mit ihren massiven Belastungen und Schädigungen hat sich hier das Modell der „differentiellen Beelterung“ oder „emotionalen Adoption“ als hilfreich erwiesen, wie es Ferenczi (1931, 1932) in der *Behandlung* von schwer gestörten PatientInnen entwickelt hat und wie es sein Schüler Vladimir N. Iljine und dessen AnalysandInnen als eine ko-kreative Behandlungsform weiterentwickeln konnten (Iljine, Petzold, Sieper 1967/1990; Petzold, Orth 1999, 188-217).

Bindung kann bei sehr intensiven Reparenting-Prozessen entstehen und impliziert eine „Treuezusage“: „Ich werde Dich in Deinem Prozess zurück ins Leben zu finden nicht verlassen“. Eine solche Zusage, die über die der Verlässlichkeit hinausgeht, wird man im professionellen Rahmen nur sehr selten machen können. Wir finden sie bei Eltern, Geschwistern, PartnerInnen von PatientInnen, und auch die kommen dabei oft genug an ihre Grenzen, ja scheitern zuweilen mit ihrer Bindungskraft, wenn das Drogendesaster sie an Burn-out und Zusammenbruch bringt. Dennoch haben wir auch in dieser Arbeit auch von sehr engagierten professionellen Drogenhelfern Begleitungen in Bindungsqualität gesehen – mit Gelingen und mit Scheitern. Insgesamt geht es darum, so viel an heilsamen Qualitäten in den therapeutischen Prozess einzubringen, wie klinisch indiziert und vertretbar ist unter Berücksichtigung der Affiliationspotentiale und der Reaktanz (Moser 2011) – wir orientieren uns hier an diesen so wesentlichen Kategorien der Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellation und des Widerstands- und Abwehrgeschehens. *Beziehungs-* und *Bindungsarbeit* mit KlientInnen und PatientInnen erfordert von den Hilfeeinrichtungen die Erfüllung der notwendigen Rahmenbedingungen, die Dauer, Verlässlichkeit und Entscheidungsfreiheit sichern, um weitere Beschädigungen zum Beispiel durch *Beziehungsabbruch* (bei abrupter Beendigung der Maßnahme) und Unverlässlichkeit (längere Erkrankung oder Arbeitsplatzwechsel des/der BezugstherapeutIn) zu verhindern. Sinnvollerweise steht in der therapeutischen Gemeinschaft das ganze System für die *Beziehung*, eine Fokussierung auf eine Einzelperson kann so zumindest gelindert werden.

Bei dieser Betrachtungsweise wird deutlich, dass die *Beziehungsarbeit* in der *Behandlung* nicht nur von den TherapeutInnen besondere Fähigkeiten verlangt,

sondern auch bei PatientInnen Fähigkeiten und Reifungserfahrungen im *Kontakt* und in der *Begegnung* voraussetzt, die von ihnen unter Umständen erst mühsam z.B. in den anderen Settings der Drogenhilfe erworben werden müssen. Manche KlientInnen oder PatientInnen, die als „therapieresistent“ oder „chronisch unmotiviert“ bezeichnet oder gar „diagnostiziert“ wurden, waren möglicherweise (noch) gar nicht *kontakt-, begegnungs- oder beziehungs-fähig* und mit den Anforderungen der Maßnahmen schlicht überfordert.

Dieser Sachverhalt macht die Sinnhaftigkeit von zirkulären und spiralförmigen Hilfen deutlich, in denen die Betroffenen in den unterschiedlichsten Lebenssituationen Lern- und Wachstumsfelder vorfinden und bei Misserfolgen immer wieder andocken können. Die Verantwortung, die hier den niedrigschwelligen Hilfen zukommt, dürfte deutlich geworden sein.

8. Um abzuschließen – Bindung zum Mitmenschen: eine strukturelle Grundbedingung des Menschlichen

Bindung ist inklusiv. Sie ist auf Langzeitperspektive angelegt und beinhaltet eine **Treuezusage** (Marcel 1961), die, wie *Gabriel Marcel* gezeigt hat, ein schöpferisches Potential hat (Berning 1973). In Bindungen können wir füreinander und miteinander Beachtliches schaffen, wie Gemeinschaftsprojekte zeigen. *Bindung* entwickelt sich in familialen Netzwerken und kann im jungen Erwachsenenalter einen Reifegrad erreichen, der zur Gründung einer eigenen Familie führt. Das setzt *Beziehungserfahrung* und *Beziehungsarbeit* voraus. Wer sich *bindet*, schränkt die eigene Freiheit zugunsten einer frei gewählten Gebundenheit ein. Das gilt in Nahraumbeziehungen, das gilt aber auf einer anderen Ebene auch für die Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft. Ihre Mitglieder verlassen sich auf deren Sicherheitszusage oft zu selbstverständlich. Daran sollte man immer wieder einmal erinnern. Sicherheit ist letztlich für niemanden, der gesund und leistungsfähig ist, ohne Einsatz für die Verbundenheit in der Gemeinschaft zu haben. Die Bindung der Gemeinschaft zu ihren Mitglieder ist im mitteleuropäischen Raum durchaus beachtlich, schaut man auf die vorhandenen Hilfesysteme. Sie sind indes so gut und so schlecht wie unser Einsatz für sie, also auch prinzipiell prekär. Verlieren sie an Qualität, trifft es die Menschen, die in sehr schwierige Lebenslagen geraten sind, besonders hart. Sie stehen dann in der Gefahr, aus der Verbundenheit zu fallen, marginalisiert zu werden oder in die Exklusion zu geraten, in der sich ihre Probleme noch verschärfen. Deshalb ist es wichtig, gerade in Exklusionsräumen Bindungsangebote zu schaffen: auf institutioneller Ebene – und durch die Mitarbeiterinnen solcher Einrichtungen auf einer persönlichen Ebene. Für KlientInnen im Drogenbereich mit **schwersten Schädigungen** wird *Bindung* an ein Verbundsystem mit engagierten MitarbeiterInnen oft ein tragendes Fundament für längere Zeiträume ihres Lebens werden müssen. Über Jahrzehnte ruiniertes Leben restauriert man nicht in Jahresfrist. Durch die Verlässlichkeit des bereitgestellten „Konvivialitätsraumes“ werden auf diese Weise auch Chancen der Veränderung zum Positiven möglich oder es kann weiteren Schäden im Sinne des *harm reduction* entgegengewirkt werden oder es wird im letzten Elend mitmenschliche Präsenz gewährleistet. Niedrigschwellige Einrichtungen sind am „Rande“ der Gesellschaft situiert und auch in **Verbundsystemen** eher am Rande präsent, was auch der Rand und die Kontaktfläche zur Welt der Marginalisierten und Exkludierten, zur Extremszene, ist – noch haben wir keine Kolonien auf unseren Mülldeponien, aber das kann kommen, wenn wir nicht wachsam sind. So können niedrigschwellige

Hilfen, wie wir sie im **DINA**-Konzept verstehen, **Wege zur Zugehörigkeit und Einstiegspforten** bereitstellen und offenhalten. Wegen der hohen *Verbindlichkeit*, die in diesem Grenzraum erforderlich werden kann, ist es hier sinnvoll, *Bindung* nicht nur an Einzelpersonen zu koppeln, sondern an die Einrichtungen selbst. So können den Drogenabhängigen, die keine *Bindung* im Sinne von starker Affiliation an Familie und Freunde mehr haben, ja selbst keine Anbindung an Initiativen der Selbsthilfe, weil sie in Netzwerken leben, die toxisch sind oder verarmt, leer, abgestorben (*Moreno 1947*), eine *Bindung* an einen **Verbund** aus professionellen Hilfen angeboten werden (*Scheiblich, Petzold 2006*).

Wir beschließen diesen Text bewusst mit dem Konzept der **Bindung**, denn für uns ist das Arbeiten mit Bindungen, um Bindungsfähigkeit (wieder)herzustellen oder ein letztes Sicherheitsnetz auch im Elend zu gewährleisten, eine Grundsatzposition. Wir haben uns an die Arbeit mit Suchtkranken über die längste Zeit unseres professionellen Lebens gebunden. Eine solche Verbundenheit kann von unterschiedlichen Hintergründen her motiviert werden. Mit *Gabriel Marcel* kann man sich auf das Axiom „Sein ist Mit-Sein, Mensch ist man als Mitmensch“ beziehen (*Petzold 1978c*). Mit Fürst *Pjotr Kropotkin* (1902) kann man die wechselseitige Hilfeleistung als eine evolutionäre Gegebenheit sehen, die eine grundsätzliche Verbundenheit der Menschen und damit eine säkular motivierte Hilfeverpflichtung begründet (*Petzold 2006i; Leitner, Petzold 2010*) – es gibt sicher noch andere substantielle Argumentationslinien. Bindung an den Anderen in seiner Qualität als Mensch, mit dem man die **Würde des Menschseins** teilt, ist eine solide ethische Basis, um „Menschenarbeit“ zu leisten (*Sieper, Petzold 2001c*). Dabei müssen alle „MenschenarbeiterInnen“ (SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen, MedizinerInnen usw.) im Bewusstsein behalten, dass es bei professioneller Lebenshilfe und Lebensbegleitung von Menschen in harten Zeiten, elenden Situationen und persönlichen Katastrophen, die mehr als eine momentane Krisenintervention erfordern, um Langzeithilfen im supportiven Sinne mit *starken affilialen Bindungen* geht, also letztlich nicht nur um symptomorientierte Hilfen. Vielmehr geht es um die Ermöglichung von geteiltem Leben, um Gemeinschaft, um Zugehörigkeit und Verbundenheit, um Heimat. Diese Qualitäten – wo sie gebraucht werden – so gut es eben geht zu gewährleisten, ist die Zielsetzung von Differentieller und integrativer niedrigschwelliger Arbeit (**DINA**). Sie will aus einer grundsätzlichen Verpflichtetheit gegenüber den Grundwerten der Humanität, Integrität und Würde (*Levinas 1983; Leitner, Petzold 2005/2010; Petzold, Orth, Sieper 2014e*) „dazwischen gehen“, wo diese Qualitäten gefährdet werden und wo Humanität bedroht ist, denn dann besteht eine **„Verpflichtung zu humanitärem Handeln als Praxis von Mitmenschlichkeit“**.

Zusammenfassung: Theorie und Praxis Differentieller und integrativer niedrigschwelliger Arbeit (DINA) und ökologischer Interventionen bei SuchtpatientInnen in „Minus Milieus“– die „engagierte Perspektive“ Integrativer Suchthilfe (Hecht, Petzold, Scheiblich 2014)

Es werden Theorie und Praxis niedrigschwelliger Arbeit in der Integrativen Suchttherapie dargestellt, die der Problematik marginalisierter Suchtkranker an den Rändern der Gesellschaft in „Minus Milieus“ gerecht zu werden sucht. Die theoriegeleiteten Prinzipien integrativer methodisch-praktischer Arbeit verdeutlichen die Notwendigkeit moderner Formen ökologischer Intervention in diesem Bereich biopsychosozialökologischer Arbeit.

Schlüsselwörter: Niedrigschwellige Arbeit, Suchttherapie, Schadensminderung, ökologische Interventionen, Integrative Therapie.

Summary: Theory and Practice of a Differential and Integrative Low Level Approach (DINA) and Ecological Interventions with Addicted Patients in “Minus Milieus” – an Engaged Perspective of Integrative Therapy for Addicts (Hecht, Petzold, Scheiblich 2014)

Theory and practice of a low level approach in Integrative Therapy with addicts are described, which tries to offer adequate help for marginalized patients in “minus milieus” of our society. The theory guided principles of integrative methods in practice are emphasizing the need for modern forms of ecological interventions in the area of biopsychosocioecological work.

Keywords: Low Level Intervention, Therapy of Addiction, Harm Reduction, Ecological Intervention, Integrative Therapy

Literatur in Auswahl:

Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision. Wiesbaden: VS Verlag. (im Druck).

Aby, S. H., McNamara, M. J. (1990): The IQ debate. A selective guide to the literature, Westport, Con.: Greenwood Press.

Alexy, R. (1994): Theorie der Grundrechte, 4. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp.

Alt, J. (2003): Leben in der Schattenwelt – Problemkomplex illegale Migration. Neue Erkenntnisse zur Lebenssituation „illegaler“ Migranten in München und anderen Städten Deutschlands. Karlsruhe: Loeper.

Anokhin, P.K. (1967): Das funktionelle System als Grundlage der physiologischen Architektur des Verhaltensaktes, Jena: Gustav Fischer..

Anokhin, P.K. (1974): Biology and Neurophysiology of the Conditioned Reflex and it's Role in Adaptive Behavior. Oxford: Pergamon Press.

Anokhin, P.K. (1978): Beiträge zur allgemeinen Theorie des funktionellen Systems, Jena: Gustav Fischer.

Anokhin, P. K. (1998): Кибернетика функциональных систем (Kybernetik funktionaler Systeme). Moskau: Medizin.

Arendt, H., McCarthy, M. (1997): Im Vertrauen. Briefwechsel 1949–1975. München: Piper

Bakhtin, M.M. (1981): Dialogical imagination, Austin TX: University of Texas Press.

Batson, C.D. (1991): The Altruism Question. Toward a social-psychological answer. Hillsdale NJ: Erlbaum.

Bauer, J. (2005): Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag.

Bauman, Z. (2005): Verworfenes Leben. Die Ausgegrenzten der Moderne. Hamburg: Hamburger Edition.

Becker, U. Hockerts, H. G., Tenfelde, K. (2010): Sozialstaat Deutschland. Geschichte und Gegenwart. Erschienen in der Reihe Politik und Gesellschaftsgeschichte Bd.87, Bonn: Dietz.

Behrendes, U. (1996) in: *Kniesel, Kube, Murck* (Hrsg.): Handbuch für Führungskräfte der Polizei, Lübeck.

Belardi, N. (1991): Die Stigmatisierung der Institution – Stigmatisierung durch die Institution, *Gestalt und Integration* 1, 72-77.

Berger, H. (1981): Fixersein als Lebensstil, in: *Völger, Gisela/Welck, Karin v.* (Hg.), Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich, Bd. 3., Reinbek: Rowohlt, S. 1207-1216.

Berger, P. L., Luckmann, T. (1969): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt/M.: Fischer 1970².

Berning, V. (1973): Das Wagnis der Treue. Gabriel Marcells Weg zu einer konkreten Philosophie des Schöpferischen. Freiburg i. Br.: Alber.

Bernstein, N.A. (1967): The co-ordination and regulation of movements. Oxford: Pergamon Press.

Bernstein, N.A. (1988): Bewegungsphysiologie. Herausgegeben und übersetzt von *L. Pickenhain, G. Schnabel*. Leipzig: Johann Ambrosius Barth.

Bettelheim, B. (1983): Der Weg aus dem Labyrinth, Leben lernen als Therapie, Frankfurt/M., Berlin, Wien.

Bierhoff, H. W. (2002): Prosoziales Verhalten. In: Stroebe, W. (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung. 4. Aufl. Berlin: Springer, S. 319–354.

Bleicher, K. (1994): Leitbilder. Orientierungsrahmen für eine integrative Managementphilosophie, 2. Aufl., Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.

Bolz, A. (2003): Pjotr Alexejewitsch Kropotkin. Ein autobiographisches Portrait 1842–1921. Lüneburg: AL.BE.CH.-Verlag.

Bossong, H., (2008): Drogenhilfe – Konkurrenz und Kooperation unter verschärften Wettbewerbsbedingungen. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), Drogenhilfe – Was tun? Kooperation in Zeiten wachsender Konkurrenz und zunehmender Kommunalisierung, Dokumentation der Fachtagung 29.10.2008

Boulenger, G. (2003): John Carpenter Prince of Darkness, Los Angeles: Silman-James Press.

Bourdieu, P. (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: Konstanzer Universitätsverlag.

Bourdieu, P. (1998): Gegenfeuer. Konstanz: Konstanzer Universitätsverlag.

Bourdieu, P. (1998a): L'essence du néolibéralisme. In: Le Monde Diplomatique.

Bourdieu, P. (1998b): Prekarität ist überall. In: Bourdieu: Gegenfeuer. Wortmeldungen im Dienste des Widerstands gegen die neoliberale Invasion. Konstanz: UVK. Internetversion: <http://www.prekarisierung.de/tolleseite/TEXTE/prekabourdieu.htm>.

Bourdieu, P. (1998c): Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns. Frankfurt: Suhrkamp.

Breger, L. (2009): A Dream of Undying Fame: How Freud Betrayed His Mentor and Invented Psychoanalysis. New York: Basic Books.

Brinkmann, U., Dörre, K. Röbenack, S.:(2006): Prekäre Arbeit. Ursachen, Ausmaß, soziale Folgen und subjektive Verarbeitungsformen unsicherer Beschäftigungsverhältnisse. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Brühlmann-Jecklin, E, Petzold, H.G. (2004): Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 5/2005 und in Gestalt 51(Schweiz) 37-49.

Buber, M. (1923): Ich und Du, Berlin: Schocken Verlag; Heidelberg: Lambert Schneider 1965, 1977, 1983.

Buber, M. (1928): Das dialogische Prinzip, Heidelberg: Lambert Schneider 1965, 1977, 1984.

Buber, M. (1932): *Zwiesprache*, Berlin: Schocken Verlag; Heidelberg: Lambert Schneider 1978.

Bude, H., Willis, A. (2006): *Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige*, Hamburg: HIS-Verlagsgesellschaft.

Carigiet, E. (2001): *Gesellschaftliche Solidarität. Prinzipien, Perspektiven und Weiterentwicklung der sozialen Sicherheit*, Basel: Helbing und Lichtenhahn.

Castel, R. (1995): *Les Métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Paris: Fayard, Neuaufl. Gallimard, Paris, 2000.

Castel, R. (2007): *La discrimination négative*, Paris: Seuil. Dtsch. (2008): *Negative Diskriminierung; Jugendrevolten in den Pariser Banlieus*, Institut für Sozialforschung]. Hamburg: Hamburger Edition.

Castel, R. (2005): *Die Stärkung des Sozialen: Leben im neuen Wohlfahrtsstaat*, Hamburg: Hamburger Edition.

Castel, R., Reiffers J.-L., Menu, S. (2010): *Nous avons quelque chose à vous dire... Paroles des jeunes des quartiers*, Paris: L'Harmattan

Chudy, M., Petzold, H. G. (2011): „Komplexes Lernen“ und Supervision – Integrative Perspektiven.: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 3/2011.

Cialdini, R. B. et al. (1997): Reinterpreting the empathy-altruism relationship: When one into one equals oneness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 481–494.

Craig, P. et al. (2007): Chapter 11 Human rights in the EU. *EU Law: Text, Cases and Materials*. 4. Aufl. Oxford: Oxford University Press.

Cramer, E.A.S.M., Schippers, G.M. (1996, 2002): *Zelfcontrole en ontwenning van harddrugs: Eindrapport van een onderzoek naar de ontwikkeling en evaluatie van een zelfcontroleprogramma voor druggebruikers*. Nijmegen: University of Nijmegen, Research Group on Addictive Behaviors (UNRAB).

Crocq, L., De Verbizier, J. (1989): Le traumatisme psychologique dans l'oeuvre de Pierre Janet. *Annales Médico-Psychologiques* 9, 983-987.

Dalglis, P. (1998) : *The Courage of Children: My Life with the World's Poorest Kids*. Toronto: HarperCollins Canada.

Dawkins, R. (1989): *The Selfish Gene*. Oxford Oxfordshire: Oxford University Press.

Decety, J., Ickes, W. (2009): *The social neuroscience of empathy*. Cambridge MA: MIT.

De Dreu, C. K. W., Geer, L. L. (2010): The Neuropeptide Oxytocin Regulates Parochial Altruism in Intergroup Conflict Among Humans. *Science*, 5984, 1408 – 1411.

Degner, M. (1997): Die Sucht zu Helfen - Einführung in das Phänomen des Helfersyndroms. <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Campus-fuer-Alten-und-Krankenpflege/download/inhalt/Psychologie/Helfersyndrom.pdf>

Derrida, J. (1986): Positionen. Graz: Böhlau.

Derrida, J. (1992): „Être juste avec Freud“. In: Roudinesco, E., Penser la folie. Essais sur Michel Foucault. Paris: Galilée. (1992) 139-195.

Derrida, J. (1997): Anne Dufourmantelle invite Jacques Derrida à répondre - De l'hospitalité, Paris. Dtsch. (2001): Von der Gastfreundschaft. Wien: Passagen.

Dollinger, B./Schneider, W. (1999): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis, Berlin: VWB.

Dugatkin, L. A. (2006): The Altruism Equation: Seven Scientists Search for the Origins of Goodness. Princeton: Princeton University Press, 2006.

Dunant, H. (1862): Un souvenir de Solférino. Genf: Eigenverlag. Orig. Text bei: http://fr.wikisource.org/wiki/Un_souvenir_de_Solférino; dtsch. Dunant, H. (1997): Eine Erinnerung an Solferino. Wien: Eigenverlag des Österreichischen Roten Kreuzes und Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz 1979.

Eberle, U. (2004): Die Weltsprache der 43 Muskeln. Forscher entschlüsseln das Vokabular unserer Mimik. *Bild der Wissenschaft*. Januar 2004, S. 24–31.

Epiktet (2004): Handbüchlein der Moral [Encheiridion]. Stuttgart: Reclam.

Fagan, B. (2010): Cro-Magnon: How the Ice Age Gave Birth to the First Modern Humans. London: Bloomsbury Press.

Fassin, D., Morice, A., Quiminal, C. (1997): Les Lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers, Paris: La Découverte.

Fehr, E., Fischbacher, U. (2003): The nature of human altruism. *Nature*. 425, 785–791.

Fend, H. (1971): Sozialisierung und Erziehung, 3. Aufl. Weinheim: Beltz.

Ferenczi, S. (1929): Das ungewollte Kind und sein Todestrieb, in: Ferenczi, S., Schriften zur Psychoanalyse (Hrsg. M. Balint) Frankfurt: Fischer, 1972.

Ferenczi, S. (1931): Kinderanalysen mit Erwachsenen, Bausteine III, 490-510; in: Schriften III (1972) 274-289.

Ferenczi, S. (1932): Sprachverwirrungen zwischen den Erwachsenen und dem Kinde, in: *Schriften II* (1972) 303-316.

Ferenczi, S. (1964): *Bausteine der Psychoanalyse*, 4 Bde., Bern: Huber.

Ferenczi, S. (1972):, *Schriften zur Psychoanalyse* (Hrsg. *M. Balint*) Frankfurt: Fischer.

Ferenczi, S. (1985/1932): *Journal clinique*, Paris: Payot; dtsch. (1988): *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932*, Frankfurt: S. Fischer.

Flammer, A. (1990): *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2002): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Foucault, M. (1976): *Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin*, Berlin: Merve.

Foucault, M. (1977): *Überwachen und Strafen*, Frankfurt: Suhrkamp.

Foucault, M. (1978): *Dispositive der Macht*, Berlin: Merve.

Foucault, M. (1984): *Face aux gouvernements, les droits de l'homme, Liberation* 30.6./2.7. 22.

Foucault, M. (1986a): *Die Sorge um sich. Sexualität und Wahrheit 3*. Frankfurt: Suhrkamp.

Foucault, M. (1996): *Diskurs und Wahrheit. Die Berkely Vorlesungen*, Berlin: Merve.

Foucault, M. (2007): *Ästhetik der Existenz*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Frank, R. H. (1992): *Die Strategie der Emotionen*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Franzkowiak, P. (1999): *Risikokompetenz und „Regeln für Rausche“: Was hat die Suchtprävention von der akzeptierenden Drogenarbeit gelernt?*, in: *Stöver, H.* (Hg.): *Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz*, Freiburg: Lambertus.

Freire, E. (2006): *Mileuristas: cuerpo, alma y mente de la generación de los 1000 euros*, Barcelona: Editorial Ariel.

Freud A.(1984): *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Frankfurt am Main: Fischer.

Freud S. (1930): *Das Unbehagen in der Kultur*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag. Neuauflage (2001): *Das Unbehagen in der Kultur und andere kulturtheoretische Schriften*. Frankfurt: Fischer, 29–108.

Freud, S. (1988): *Kulturtheoretische Schriften*. Frankfurt: Fischer.

Gahleitner, S., Ossola, E. (2007): Genderaspekte in der Integrativen Therapie: Auf dem Weg zu einer geschlechtssensiblen Therapie und Beratung. In: Sieper, J., Orth, I., Schuch, H. W.: Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius im Aisthesis Verlag. S. 405 – 447.

Gallese, V. (2005): Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience. Phenomenology and the Cognitive Sciences, 4, 23-48.

Gallese, V. (2008): Mirror neurons and the social nature of language: The neural exploitation hypothesis. Social Neuroscience, 3, 317-333.

Gerlach, R. (2002): Drug-Substitution Treatment in Germany: A critical overview of its history, legislation and current practice. Journal of Drug Issues 2, 503-522.

Giampiccoli Franco (2009): Henry Dunant. Der Gründer des Roten Kreuzes. Neukirchen-Vluyn: Aussaat Verlag.

Goffman, E. (1963): Stigma. Notes on the management of spoiled identity, Englewood Cliffs: Prentice Hall; dtsh. (1967): Stigma. Über Techniken zur Bewältigung beschädigter Identität, Frankfurt: Suhrkamp.

Goodman, P. (1962): The society I live in is mine. New York: Horizon Press.

Gotman, A. (2001): Le sens de l'hospitalité – Essai sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre, Paris: Presses universitaires de France.

Gouirand, P. (2008): L'accueil : de la philoxénologie à la xénopraxie, Nantes: Amalthée.

Haan, M. de, Gunnar, M,R. (2009): Handbook of developmental social neuroscience. New York: Guilford Press.

Habermas, J., Derrida, J. (2004): Philosophie in Zeiten des Terrors: Zwei Gespräche, Berlin, Wien: Philo & Philo Fine Arts.

Hadot, I. (1969): Seneca und die griechisch-römische Tradition der Seelenleitung. Berlin: de Gruyter.

Hadot, P. (1991): Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen der Antike. Berlin: Gatza.

Hadot, P. (1997): Die innere Burg. Anleitung zu einer Lektüre Marc Aurels. Frankfurt: Eichborn.

Hadot, P. (1999): Wege zur Weisheit oder Was lehrt uns die antike Philosophie? Frankfurt/Main: Eichborn Verlag.

Hadot, P. (2001): La philosophie comme manière de vivre. Entretiens avec Jeannine Carlier et Arnold I. Davidson. Paris: Albin Michel.

Haessig, H., Petzold, H.G. (2006): Hannah Arendt – Protagonistin einer „politischen Philosophie“, Referenzautorin für eine „politische Therapeutik“. *Psychologische Medizin* (Österreich) 1, 75-79.

Harding, W. M. (1981): Kontrollierter Heroingenuss – ein Widerspruch aus der Subkultur gegenüber herkömmlichem kulturellem Denken, in: *Völger, G., Welck, K. v.* (Hg.), Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich, Bd. 3., Reinbek: Rowohlt, S. 1217-1231.

Harding, W.M. (1984): Controlled Opiate Use: Fact or Artifact? *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 1-2, 105-118

Harding, W.M. (1988): Patterns of Heroin Use: What do we know? *British Journal of Addictions* 83, 1217-1231

Harding, W.M., Zinberg, N.E., Stelmack, S.M. et al. (1980): Formerly-addicted-now controlled Opiate Users. *Int. J. Addiction* 15, 47-60.

Harmon-Jones, E., Winkielman, P. (2007): Social Neuroscience. Integrating biological and psychological explanations of social behaviour. New York: Guilford Press.

Harnack, E. (2009): Partner statt Patient. Wie Sie Ihren Arzt richtig behandeln. Ein Leitfadens und Übungsbuch. Berlin: W. Beckert Verlag.

Hart, O. van der (2006). The influence of Pierre Janet's Views in the Field of Psychotraumatology. *Janetian Studies*, No Spécial 1, 54-63.

Haschak, P. G. (1998): Corporate statements: the official missions, goals, principles and philosophies of over 900 companies. Jefferson, N.C: McFarland.

Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, H.G., Märtens, M.* (1999a) (Hrsg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis.: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272.

Hecht, A., (1999): Die Vertreibung von Straßenszenen-Randgruppen – ethische Aspekte und sozialpolitische Alternativen in: *Walter-Hamann, R.,* Ökonomie und Ethik in der sozialen Arbeit, Materialien zur Wohnungslosenhilfe, Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe.

Hecht, A.,(2002): Vom Schmuttelkind zur umfassenden Hilfeinstanz, *Neue Caritas, Politik, Praxis, Forschung*, 103. Jahrgang, Heft 13, Freiburg.

Heigl, R. (2011): Formen eingreifenden wissenschaftlichen Schreibens?
<http://kritischegeschichte.wordpress.com/2011/04/11/formen-eingreifenden-wissenschaftlichen-schreibens/>

- Hess, H., Kolte, B., Schmidt-Semisch, H. (2004): Kontrolliertes Rauchen. Tabakkonsum zwischen Verbot und Vergnügen, Freiburg
- Heudtlass, J.-H., Stöver, H. (Hrsg.) (2000): Risiko mindern beim Drogengebrauch, Gesundheitsförderung, Verbrauchertips, Beratungshilfen, Praxishilfen, Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag.
- Heuring, M., Petzold, H.G. (2004): Rollentheorien, Rollenkonflikte, Identität, Attributionen - Integrative und differentielle Perspektiven zur Bedeutung sozialpsychologischer Konzepte für die Praxis der Supervision: Hückeswagen: Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 12/2005
- Hickok, G. (2009): Eight problems for the mirror neuron theory of action understanding in monkeys and humans". *J. Cognitiv Neuroscience* 7, 1229–1243.
- Hills, J. Le Grand, J. Piachaud, D. (2002): Understanding social exclusion. Oxford: Oxford University Press.
- Hobsbawm, E. (2002): Bandits. London: New Press.
- Hug, K. (1989): Kropotkin zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag.
- Hunt, M. (1992): Das Rätsel der Nächstenliebe. Der Mensch zwischen Egoismus und Altruismus. Frankfurt: Campus.
- Hurrelmann, K. (2006): Einführung in die Sozialisationstheorie. 9. Aufl., Weinheim: Beltz Verlag.
- Hurrelmann, K., Bründel, H. (1997): Drogengebrauch – Drogenmissbrauch. Eine Gratwanderung zwischen Genuss und Abhängigkeit. Darmstadt: Primus.
- Hüther, G. (2006): Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. (2008): Wo die Sucht beginnt, endet jeder freie Wille. In: Petzold, Sieper (2008)463-472.
- Hüther, G. (2010): Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. 6., unveränd. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ilich, I. (1975): La convivencialidad, Barcelona: Ed. Barral.
- Janet, P. (1889): L'automatisme Psychologique. Nouvelle Édition. Paris: Société Pierre Janet 1989.
- Janet, P. (1926): Les stades de l'évolution psychologique. Paris: Chahine.

Jantzen, W. (2004): Methodologische Grundfragen der kulturhistorischen Neuropsychologie. In: W. Jantzen (Hrsg.): Gehirn, Geschichte und Gesellschaft. Die Neuropsychologie Alexandr R. Lurijas (1902 – 1977). Berlin: Lehmanns, S. 115-136.

Jantzen, W. (2008): Kulturhistorische Psychologie heute – Methodologische Erkundungen zu L.S. Vygotskij. Berlin: Lehmanns Media.

Javeau, C. (2005): La bienpensance: thème et variations, critique de la raison cosmétique. Bruxelles: Labor.

Jensen, A. R. (1969): How Much Can We Boost IQ and Scholastic Achievement? *Harvard Educational Review*, 1, 1-123

Kaufmann, C., Petzold, H.G. (2011, in Vorber.): Noverbale Kommunikation in der Perfomanz von SupervisorInnen – Eine Erkundung im supervisorischen Feld www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – Jg. 2011

Kemmesies, U. (1993): Zur (V)Er(un)möglichkeit akzeptierender Drogenarbeit, *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 2/3, 55-62.

Kemmesies, U. (2000): Umgang mit Drogen im „bürgerlichen“ Milieu. Bericht zur Pilotphase. Frankfurt a.M.: Frankfurter Beiträge zur Erziehungswissenschaft.

Klose, A., Steffan, A. (1997): Streetwork und mobile Jugendarbeit in Europa. Europäische Streetwork-Explorationsstudie. Münster: Votum.

Kölbl, C. (2006): Die Psychologie der kulturhistorischen Schule. Vygotskij, Lurija, Leont´ev. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kolk, B.A. van der, Hart, O. van der (1989): Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry* 146, 1530-1540.

Kolte, B. (2005a): In einer Spirale nach oben – Wege zu mehr Selbstkontrolle und reduziertem Drogenkonsum: SCIP, ein Self-Control-Information-Program für Heroin- und KokainKonsumenten, in: Dollinger, B./Schneider, W. (Hg.), *Sucht als Prozess*, Berlin: VEB, S. 321-332.

Kolte, B./Schmidt-Semisch, H. (2003): Vom Tabakgenuss zur Nikotinsucht – und zurück. Ein Plädoyer wider den therapeutisch induzierten Fatalismus, in: Legnaro, A. Schmieder, A.; *Rauchzeichen. Zum modernen Tabakkonsum*, Jahrbuch Suchtforschung Bd. 3, Münster u.a., S. 5-24

Körkel, J. (2002): Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht, *Suchttherapie*, 3, 87-96

Körkel, J. (2002a): Controlled Drinking as a Treatment Goal in Germany, *Journal of Drug Issues*, 2, 667-688.

Krach, C., Lotze, J., Peschke, H., Peter, U., Rabe, M.-L., & Schönhöfer, P. (1978): Ambulantes Therapieprogramm mit Methadon. Aus dem Jugend- und Drogenberatungszentrum Hannover - 2 Jahre danach. *Niedersächsisches Ärzteblatt*, 9, 289-292.

Kropotkin, P.A. (1901): *Mutual Aid: A Factor of Evolution* (1955 paperback (repr. 2005), mit Kropotkin's Vorwort von 1914, Forewort und Bibliographie von Ashley Montagu, und *The Struggle for Existence*, von Thomas H. Huxley. Boston: Extending Horizons Books, dtsh. (1976): *Gegenseitige Hilfe in der Tier- und Menschenwelt*. Frankfurt: Ullstein.

Künzi, R. (2006): 20 Jahre Fixerstübli: Auch Drogensüchtige sind Menschen. 16. September 2006
http://www.swissinfo.ch/ger/Home/Archiv/20_Jahre_Fixerstuebli:_Auch_Drogensuechtige_sind_Menschen.html?cid=5445760.

Lamacz-Koetz, I. (2009): Neurobiologische Konzepte und ihre Bedeutung für die Integrative Therapie. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POL YLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 6/2009.

Lamacz-Koetz, I., Petzold, H. (2009): Nonverbale Kommunikation in der Supervision und ihre leibtheoretische Grundlage. Wenn Sprache nicht ausreicht- Eine explorative Studie. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 3/2009.

Lambert Michael J. (2004): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley& Sons.

Legnaro, A. (1991): Rausch und Sucht als Kulturphänomen, in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW (Hg.), *Prävention zwischen Genuss und Sucht*. Dokumentation eines Symposiums in Köln, 14. und 15.3.1990, Herten, S. 21-32.

Legnaro, A., Schmieder, A. (2005): Kontrollierter Drogenkonsum – Drogenkonsum als Lebenskontrolle, *Jahrbuch Suchtforschung*, Bd. 5, Münster: LIT Verlag.

Leitner, A. (2000): *Bourdieu's eingreifende Wissenschaft: Handhab(ung)en*. Wien: Turia & Kant.

Leitner, A. (2009): Von der Compliance zu Adherence, vom Informed Consent zu respektvollem Informed Decision Making. *Integrative Therapie* 1, 71-86.

Leitner, A. (2010): *Handbuch der Gestalttherapie*. Wien: Springer.

Leitner, A., Petzold, H.G. (2009): *Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen*. Wien: Edition Donau-Universität - Krammer Verlag Wien.

Leitner, E., Petzold, H.G. (2005): Pierre Bourdieu – ein Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. In: *Stumm, G. et al. (2005): Personenlexikon der Psychotherapie*. Wien: Springer. 62-64.

Leitner, E., Petzold, H.G. (2005/2010): Dazwischengehen – wo Unrecht geschieht, Integrität gefährdet ist, Würde verletzt wird. Ein Interview mit Hilarion Petzold zum Thema „Engagement und Psychotherapie“ und Integrativen Positionen. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Erw. in *Petzold, Orth, Sieper* 2010, 279 - 366.

Leont'ev, A. N. (1973): Probleme der Entwicklung des Psychischen. Frankfurt/M.: Fischer/Athenäum.

Leont'ev, A. N., Lurija, A. R. (2002): Psychophysiologische Wege der Wiederherstellung von Funktionen nach einem Kriegstrauma. *Mitteilungen der Luria-Gesellschaft* 1, 37-58.

Levinas, E. (1948): *Le temps et l'autre*, Paris: Publications du Collège philosophique, Montpellier : Fata Morgana, 1979.

Levinas, E. (1963): *La trace de l'autre*, Paris: Gallimard; dtsch. (1983): *Die Spur des anderen*, Freiburg: Alber.

Levine, M.D. (1998). *Developmental Variation and Learning Disorders*, 2.Aufl. Cambridge, MA: Educators Publishing Service.

Lohfert, C. (2010): Weil du arm bist, musst du früher sterben. Der ohnmächtige Patient. München: Piper.

Lotman, J. M. (1990a): Über die Semiosphäre. *Zeitschrift für Semiotik* 4, 287-305

Lotman, J.M. (1990b): *The Universe of the Mind. A Semiotic Theory of Culture*. Bloomington: Indiana University Press.

Lotze, J., Stasch, R., Mohr, O., Vollmer, S., Rabe, M.-L., Meyer, A., Petzold, H. (1974): Konzeption eines ambulanten Therapieprogramms unter Verwendung von Methadon, in: *Petzold* 1974b, 450-457.

Lückel, K. (1981): *Begegnung mit Sterbenden*, München: Kaiser.

Luhmann, N. (1995): Inklusion und Exklusion, in: idem : *Soziologische Aufklärung* 6. *Die Soziologie und der Mensch*, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 237-264.

Luhmann, N. (1996): *Jenseits von Barbarei*. In: *Miller, M., Soeffher, H.-G.*: *Modernität und Barbarei*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 219-230.

Luhmann, N. (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.

Lumer, C. (2000): *Rationaler Altruismus. Eine prudentielle Theorie der Rationalität und des Altruismus*. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.

Lurija, A.R. (1970): *Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen und ihre Störungen bei örtlichen Hirnschädigungen*. DVW Berlin.

Lurija, A. R. (1984): Reduktionismus in der Psychologie. In: *Zeier, H. (Hrsg.):* Psychologie des 20. Jahrhunderts. Lernen und Verhalten Bd. 1: Lerntheorien. Weinheim: Beltz, 1984, 606-614.

Lurija, A. R. (1987): Die historische Bedingtheit individueller Erkenntnisprozesse. Berlin: DVW.

Lurija, A.R. (1992): Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. 2001, 6. Aufl. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Lurija, A. (2007). Die Stellung der Psychologie unter den Sozial- und den Biowissenschaften. *Integrative Therapie* 4, 389-398.

Märtens, M., Petzold, H.G. (1998b): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos "Wirkfaktoren" oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.

Marc Aurel (1998): Wege zu sich selbst, herausgegeben von *Rainer Nicke* (griech./dtsh.), Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgemeinschaft,; dtsh. auch als Selbstbetrachtungen, übers. *A. Wittstock*, Stuttgart: Reclam 1949; frz. *Écrits pour-lui-même*, hrsg. von *P. Hadot*, Les Belles Lettres, Paris 1998.

Marcel, G. (1961): Schöpferische Treue. Paderborn: Schöningh.

Marcel, G. (1964): Die Erniedrigung des Menschen, Frankfurt: Knecht.

Marcel, G. (1967): Die Menschenwürde und ihr existentieller Grund, Frankfurt: Knecht.

Marcel, G. (1969): Dialog und Erfahrung, Frankfurt: Knecht.

Marcel, G. (1985): Leibliche Begegnung, in: *Petzold, H.G., 1985g (Hrsg.)*. Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Paderborn: Junfermann, S. 15-46.

Masten, R. , Safarić, S., Jug, V., Petzold, H.G. (2010): „Familienklimata“ bei Alkoholikern und ihre Bedeutung für Integrativ-Systemische Interventionen in der Arbeit mit Familien, *Integrative Therapie* 2-3, 295-324.

Mathys, H. P. (1997): Liebe deinen Nächsten wie dich selbst. Untersuchungen zum alttestamentlichen Gebot der Nächstenliebe (Lev 19,18).Göttigen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Mead G. H. (1934): Mind, self and society, Chicago: University of Chicago Press, 1934; dtsh. Geist, Identität, Gesellschaft, Frankfurt: Suhrkamp 1968.

Meaney, M. (2001): Nature, nurture, and the Disunity of Knowledge, *Annals of the New York Academy of Sciences* 935, 50-61.

Merleau-Ponty, M. (1945): Phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard; dtsh. v. *Boehm, R. (1966):* Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter.

Merleau-Ponty, M. (1995): La Nature. Paris: Seuil.

Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1995): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. Bd. 1. Paderborn: Junfermann.

Michaelis, K., Petzold, H.G. (2010): Die Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien aus Sicht der Integrativen Therapie - Integrativ-systemische Perspektiven zur Narrativanalyse und Entwicklung von Risiko und Resilienz bei Kindern mit suchtkranken Eltern. *Integrative Therapie* 2-3, 2010, 259- 294.

Mondzain, M.-J. (1999): Brève histoire d'philoxénie. In: Meddeb, A.: La venue de l'étranger: Errance, séjour, hospitalité, hostilité. Paris: Maisonneuve & Larose. S. 543-550.

Monroe, K. R. (1998): The Heart of Altruism. Princeton: Princeton University Press.

Montandon, A. (2004): Le livre de l'hospitalité Accueil de l'étranger dans l'histoire et les cultures, Paris: Bayard.

Moreno, J.L. (1947): The social atom and death, *Sociometry* 10, 81-86.

Moscovici, S. (1984): Psychologie sociale. Paris: Presse Universitaire Française.

Moscovici, S. (2001): Social Representations. Explorations in Social Psychology. New York: New York University Press.

Moser, A. (2011): Reaktanz – Perspektiven für die Integrative Supervision. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *SUPERVISION: Theorie - Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* Jg. 2011.

Mullaly, B. (2007). Oppression: The focus of structural social work. In. B. Mullaly, The new structural social work. Don Mills: Oxford University Press. S: 252–286:

Nassehi, A. (1999): Differenzierungsfolgen. Beiträge zur Soziologie der Moderne. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Nassehi, A. (2003): Geschlossenheit und Offenheit. Studien zur Theorie der modernen Gesellschaft., Frankfurt:

Nassehi, A., Nollmann, G. (2004): Bourdieu und Luhmann. Ein Theorienvergleich. Frankfurt: Suhrkamp.

Nelson, K. (2007): Young Minds in Social Worlds: experience, meaning, and memory. Cambridge, Mas: Harvard University Press.

Nemiah, J.C. (1989): Janet redevivus: the centenary of l'Automatisme Psychologique. *American Journal of Psychiatry* 146, 1527-1529.

Noriel, G. (2006): Réfugiés et sans-papiers: La République face au droit d'asile XIXe-XXe siècle, Paris: Hachette.

Oerter, R. (1985): Lebensbewältigung im Jugendalter. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft

Oerter, R., Montada, L. (2008): Entwicklungspsychologie. 6. Aufl. Weinheim Beltz, PVU.

Oord, T. (2007): The Altruism Reader. Philadelphia: Templeton Foundation Press.

Oord, T. (2010): Defining Love. Grand Rapids: Brazos Press.

Orlinsky, D. E. (2007). The therapeutic relationship, social support, and the psychotherapist's healing energy: A Neo-Durkheimian perspective. In

Orlinsky, D. E., Howard, K.I. (1988): Ein allgemeines Psychotherapiemodell.

Integrative Therapie 4/1998, 281-308.

Öst, L. G. (2008): Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296–321.

Otte, M. (2008): Cro Magnon, Paris: éditions Perrin.

Peers, S.; Ward, A.. (2004): The EU Charter and of Fundamental Rights: politics, law and policy. Oxford: Hart Publishing.

Perls, F.S. (1969a): Gestalt Therapy Verbatim, Lafayette: Real People Press; dtsh. (1974): Gestalttherapie in Aktion. Stuttgart: Klett.

Perls, F. S. (1969b): In and Out the Garbage Pail. Lafayette, CA: Real People Press.

Petzold, H.G. (1973): Supervision in der Drogentherapie, Supervisionsbericht für die Therapiekette Hannover, Hannover: DPWV, Therapiekette Hannover.

Petzold, H.G. (1973f): Gestalttherapie und direkte Kommunikation in der Arbeit mit Elterngruppen. In: Petzold (1973c) Kreativität & Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit mit Erwachsenen, Paderborn: Junfermann, S. 271-289.

Petzold, H.G. (1974b): Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen, Paderborn: Junfermann/Hoheneck,; 3.Aufl. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, D. Klotz, 1983, 4. Aufl. 2003.

Petzold, H. G. (1975m): Ein Kriseneinterventionsseminar - Techniken beziehungsgestützter Krisenintervention, Aufbau eines „guten Konvois“, „innerer Beistände“ und „protektiver Erfahrungen“. Textarchiv Hilarion Petzold Jg. 1975. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>.

Petzold, H.G. (1980c): Zum Konzept der Therapiekette und zur Karriere Drogenabhängiger. In: Petzold, Vormann (1980) 208-228.

Petzold, H.G., (1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie. In: Petzold, H.G., 1980f. Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Paderborn: Junfermann, S. 223-290.

Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie, München: Pfeiffer.

Petzold, H.G., (1985g, Hrsg.). Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Junfermann, Paderborn.

Petzold, H.G. (1985i): Über innere Feinde und innere Beistände. In: *Bach, G., Torbet, W.,* Ich liebe mich - ich hasse mich, Reinbek: Rowohlt, S. 11-15.

Petzold, H.G., (1986h): Zur Psychodynamik der Devolution. *Gestalt-Bulletin* 1, 75-101.

Petzold, H.G. (1990i): Selbsthilfe und Professionelle - Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem "erweiterten Gesundheitsbegriff", Vortrag auf der Arbeitstagung "Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe", 8.-10. Juni 1990, Dokumentation, Düsseldorf, auch in: *Petzold, Schobert (1991)* 17-28

Petzold, H.G. (1993a/2003a): Integrative Therapie, Bd. 3, Paderborn: Junfermann; 2. erw. Aufl. 2003

Petzold, H.G. (1995) in: *SKM Köln* (Hrsg.), (2007): Gesamtkonzept für den Fachbereich Drogen- und Aidshilfe, Köln.

Petzold, H.G. (1995a): Weggeleit und Schutzschild: Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel (1995)* 169-280.

Petzold, H.G. (1997c): Soziotherapie - ein Beruf ohne Chance? in: *Sticht, U. (1997)* (Hrsg.): Gute Arbeit in schlechten Zeiten - Suchtkrankenhilfe im Umbruch. Freiburg: Lambertus. 57-115.

Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: *Petzold (1998a/2007a)* 353-394.

Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie* 1-2/1999, 105-145, *Integrative Therapie* 3/2004, 267-299; auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 07/2001.

Petzold, H.G. (2000a): Eine „Grundregel“ für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen Mai 2000. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 1/2000. Updating 04/2005. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2000-petzold-2000a-grundregel>.

Petzold, H.G. (2000d): Client Dignity konkret - PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ - eine Initiative. *Integrative Therapie* 2/3, 388 – 396.

Petzold, H.G. (2001m): Trauma und „Überwindung“ – Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und „philosophische Therapeutik“. *Integrative Therapie* 4, 344-412.

Petzold, H.G. (2001p/2004): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen*

Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2001, Update 2004, *Integrative Therapie* 4 (2004) 395-422, 4 (2005) 374-397.

Petzold, H.G. (2003): Die Chance der Begegnung. In: Bd. II, 3, 2003a, S. 781-808.

Petzold, H.G. (2003a): *Integrative Therapie*. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.

Petzold, H.G. (2003b): Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie - Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* 01/2003

Petzold, H.G. (2003d): Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde - der „Polylog“ klinischer Philosophie zu vernachlässigten Themen in der Psychotherapie. *Integrative Therapie* 1 (2003) 27 – 64. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm). *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 2006i <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2006-petzold-h-g-2003b-updating-2006i-unrecht-und-gerechtigkeit.html>.

Petzold, H.G. (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann

Petzold, H.G. (2003i): Psychotherapie, die Menschen „gerecht“ wird? – Einige Überlegungen zu „Just therapy“ und „PatientInnenwürde“. (Langversion von 2003h): *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 12/2009.

Petzold, H.G., (2004): Drogenabhängigkeit als Krankheit. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W.*, (Hrsg.): *Integrative Suchttherapie- Theorie, Methoden, Praxis, Forschung*. Wiesbaden,

Petzold, H.G. (2004h): Der „informierte Leib im Polylog“ - ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie. In: *Hermer, M., Klinzing, H.G.* (Hrsg.) (2004): *Nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie*. Tübingen: dgvt. 107-156.

Petzold, H.G. (2004i): INTEGRATIVE TRAUMATHERAPIE UND "TROSTARBEIT" – ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebenssinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung. Bei: [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2004. Gekürzt in: *Rommel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W., Strauß, B.* (2006): *Handbuch Körper und Persönlichkeit: Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart/New York: Schattauer. S. 427-475.

Petzold, H.G. (2005f): „Beratung“ als „komplexer Lernprozess“ und kooperative Handlungspraxis in differentiellen Feldern. In: *Beratung Aktuell* 3 (2005) 171-186.

Petzold, H.G. (2005g): „Beratung“ als Disziplin und Praxeologie zum Umgang mit subjektiven Theorien und ihren kollektiven Hintergründen in der modernen Wissensgesellschaft. In: *Beratung Aktuell* 1 (2005) 4-21.

Petzold, H.G. (2005t): Homo migrans. Der „bewegte Mensch“ – Frauen und Männer in Bewegung durch die Zeit. Transversale Überlegungen zur Anthropologie aus der Sicht Integrativer Therapie. Hommage an Simone de Beauvoir. www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 05/2005; auch in: Willke, E. (2006): Forum Tanztherapie. Sonderausgabe Jubiläumskongress. Pullheim: Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie. 33-116.

Petzold, H., (2007a): Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Ein Handbuch für Modelle und Methoden reflexiver Praxis. 2. überarb. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

*Petzold, H.G. (2007b): Pierre Janet (1855 –1947) Ideengeber für Freud, Referenztheoretiker der Integrativen Therapie *Integrative Therapie* 1, 59 – 86 und in *Leitner, A., Petzold, H.G. (2009): Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen. Wien: Edition Donau-Universität - Krammer Verlag Wien, S. 369-397; gekürzt in: Psychologische Medizin 2 (2007) 11-16**

*Petzold, H.G. (2007d): „Mit Jugendlichen auf dem WEG ...“Biopsychosoziale, entwicklungspsychologische und evolutionspsychologische Konzepte für „Integrative sozialpädagogische Modelleinrichtungen“. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 09/2007. Ergänzt auch in *Integrative Therapie* 2, 2009 und *Petzold, H.G., Feuchner, C., König, G. (2009): Für Kinder engagiert – mit Jugendlichen auf dem Weg. Wien: Krammer.***

*Petzold, H.G. (2007j): „Hot seat?“ - Kritische Überlegungen zu einem problematischen Begriff, zu Therapieideologien und „risikosensibler Praxis“ – Über die Notwendigkeit weiterführender Entwicklungen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 02/2007**

Petzold, H. G. (2009b): Stigma – die dunkle Seite der Identität. Tagung: Identität in Beratung und Therapie, 05.06.2009 bis 06.06.2009. Donau Universität Krems. Polyloge: Textarchiv H. Petzold 2009.

*Petzold, H.G. (2009f): „Gewissensarbeit und Psychotherapie“. Perspektiven der Integrativen Therapie zu „kritischem Bewusstsein“, „komplexer Achtsamkeit“ und „melioristischer Praxis“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Jg. 2009 und *Integrative Therapie* 4/2009 und erw. in *Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2010): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie. Wien: Krammer. S.115-188.***

*Petzold, H. G. (2009k): Transversale Erkenntnisprozesse der Integrativen Therapie für eine Ethik und Praxis „melioristischer Humantherapie und Kulturarbeit“ durch Multi- und Interdisziplinarität, Metahermeneutik und „dichte Beschreibungen“ Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 15/2009; erw. in: *Petzold, H.G., Sieper, J. (2011): Menschenliebe heilt. Altruismus und Engagement.***

Potentialorientierte Psychotherapie. Die Aktualität des HENRY DUNANT 1828 – 1910. Wien: Krammer.

Petzold, H. G. (2010g, Hrsg.): Integrativ-systemische Arbeit mit Familien. Integrativ-systemische Entwicklungs- und Netzwerktherapie. Integrative Therapie, Schwerpunktheft 3/2010. Wien: Krammer Verlag.

Petzold, H. G. (2010q): Über Vertrauen und Misstrauen. In: *Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2010a).*

Petzold, H.G. (2011a): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. 2 Bände. Wien: Krammer (in Vorber.)

Petzold, H.G. (2011b): „Identität“ und Identitätsarbeit in Psychotherapie und Humanwissenschaften. Wiesbaden: VS Verlag.

Petzold, H.G., Gröbelbauer, G., Gschwend, I. (1998): Patienten als "Partner" oder als "Widersacher" und "Fälle". Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten - kritische Gedanken und Anmerkungen. Gestalt (Schweiz) 32, 15-41 und in: Petzold, Orth (1999a) 363-392 sowie in: Psychologische Medizin (Österr.) 1/1999 (S. 32.39) u. 2/1999 (S. 30-35).

Petzold, H.G., Hentschel, U. (1991): Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1, 11-19 und in: Scheiblich, W., Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Freiburg: Lambertus, 1994, 89-105.

Petzold, H.G., Josić, Z., Ehrhardt, J. (2006): Integrative Familientherapie als „Netzwerkintervention“ bei Traumabelastungen und Suchtproblemen. Erw. von dies. 2003. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 119-157.

Petzold, H.G., Müller, L. (2004c): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. Psychotherapie Forum 4, 185-196.

Petzold, H.G., Müller, L. (2005a): Supervision in der Altenarbeit, Pflege, Gerontotherapie: Brisante Themen – Konzepte – Praxis, Integrative Perspektiven. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G., Orth, I. (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ - „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens - Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ - Hommage an Kant, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen.. Ergänzt in: Petzold, H.G., Orth, I. (2005a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag. S. 689-791 und in POLYLOGE 9, 2009

Petzold, H. G., Orth, I. (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: *Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision.* Wiesbaden: VS Verlag. (im Druck).

Petzold, H. G. Orth, I. (2013a): Coaching als Beratungsdisziplin: Problematisierungen – Ethik – Altruismus In: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – Jg. 2013; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-nr-02-2013-hilarion-g-petzold-ilse-orth-2013.html>

Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J. (2010a): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien: Krammer.

*Petzold, H. G., Orth-Petzold, S. (2009): Probleme des Friendschen Paradigmas – „kritische Diskurse“ mit der Psychoanalyse und ihrem Begründer als Aufgabe moderner „Kulturarbeit“ – Überlegungen aus Integrativer Perspektive. In: *Petzold, Leitner (2009)*261-308.*

*Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1993a): Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie. In: *Petzold, Sieper (1993a)* 459-482; repr. Bd. II, 3 (1993a) S. 1263-1290; (2003a) S. 927 - 946.*

*Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1997): Kunden ohne Kundenkarte. *Caritas, Zeitschrift für Caritasarbeit und Caritaswissenschaft* 10, 463-481.*

*Petzold, H.G., Schay,P., Hentschel, U. (2004): Niedrigschwellige Drogenarbeit und „intermittierende“ Karrierebegleitung als Element einer protektiven Gesamtstrategie der Drogenhilfe. In: *Hilarion Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W., (Hrsg.): Integrative Suchttherapie, Theorien, Methoden, Praxis, Forschung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.**

*Petzold, H.G., Scheiblich, W., Thomas, G. (2006): Drogentherapie – Entwicklung, Formen, Methoden, Wirkungen und der „Integrative Ansatz“ In: *Petzold, H. G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006) Integrative Suchtarbeit, Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften**

Petzold, H.G., Schigl, B., Fischer, M. Höfner, C. (2003): Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation. Leske + Budrich, Opladen, VS Verlag Wiesbaden.

Petzold, H.G., Sieper, J. (2008a): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius.

*Petzold, H.G., Sieper, J. (2008b): Integrative Soziotherapie - zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 25/2008.*

Petzold, H. G., Sieper, J. (2011a): Menschenliebe heilt. Altruismus und Engagement. Potentialorientierte Psychotherapie - Die Aktualität des HENRY DUNANT 1828 – 1910. Wien: Krammer.

Petzold, H.G., Vormann, G., 1980 (Hrsg.). Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen - Modelle – Supervision. München: Pfeiffer.

Petzold, H. G., van Wijnen, H. (2010): Stress, Burnout, Krisen - Materialien für supervisorische Unterstützung und Krisenintervention, in: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg. 11/2010

Petzold, H.G., Wolff, U., Landgrebe, B., Josić, Z., Steffan, A. (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.: Traumatic Stress. Erweiterte deutsche Ausgabe. Paderborn: Junfermann. 445-579.

Petzold, H.G, Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.

Piek, J., Terberger, T. (2006): Frühe Spuren der Gewalt. Schädelverletzungen und Wundversorgung an prähistorischen Menschenresten. Bd. 41, Beiträge zur Ur- und Frühgeschichte Mecklenburg-Vorpommerns. Schwerin: Landesamt für Kultur und Denkmalpflege.

Pirschel, O.F. (2010): Lösungsorientierte Suchttherapie – Ein supervisorisch-kritischer Blick. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/23-2010-pirschel-f-o-loesungsorientierte-suchttherapie-ein-supervisorisch-kritischer-blick.html>

Plomin, R. (1990): Nature and nurture. An introduction to human behavioral genetics, Pacific Grove Ca.: Brook/Cole

Plomin, R., DeFries, J.C., McClearn, G.E., McGuffin, P. (2001): Behavioral Genetics, 4. Aufl. New York: Freeman.

Posner, M.I., Rothbart, M.K. (2007): Educating the Human Brain. Washington, DC: American Psychological Association.

Potvin, L., Moquet, M.-J., Jones, C.M. (2010): Réduire les inégalités sociales en santé, Collection "Santé en Action", Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Power, A., Wilson, W.J. (2000): Social Exclusion and the Future of Cities, Centre for Analysis of Social Exclusion, London: London School of Economics.

Radke-Yarrow, M., Sherman, T. (1990): Hard growing: Children who survive, in: Rolf et al. (1990) 97-119.

Rafferty, E. C. (2003): Apostle of Human Progress. Lester Frank Ward and American Political Thought, 1841-1913. Lanham: Rowman & Littlefield.

Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H., (1993): Einführung in die Integrative Therapie, Grundlagen und Praxis, Paderborn: Junfermann

Rehbein, B., Saalman, B., Schwengel, H. (2003): Pierre Bourdieus Theorie des Sozialen. Konstanz: KUV.

Reuter M, Frenzel C, Walter NT, Markett S, Montag C. (2010): Investigating the genetic basis of altruism: the role of the COMT Val158Met polymorphism, *Soc Cogn Affect Neurosci*, 2010 doi:10.1093/scan/nsq083

Richerson, P.J., Boyd, R. (2005): Not by genes alone. How culture transformed human evolution. Chicago: University of Chicago Press.

Ricœur, P. (1986): Zeit und Erzählung, München: Fink.

Ricœur, P. (1990): *Soi-même comme un autre*, Paris: Gallimard; dtsch. (1996): *Das Selbst als ein Anderer* München Fink.

Ricœur, P. (2007): Der Unterschied zwischen dem Normalen und dem Pathologischen als Quelle des Respekts. In: *Sieper et al.* 2007, 259 – 269.

Ridley, M. (2003): *Nature via Nurture: Genes, Experience, & What Makes Us Human*. New York: Harper Collins.

Rizzolatti, G. (2008). Empathie und Spiegelneurone: die biologische Basis des Mitgeföhls. Frankfurt: Suhrkamp.

Rizzolatti G, Fabbri-Destro M, Cattaneo L (2009): Mirror neurons and their clinical relevance. *Nat. Clin. Pract Neurol.* 1, 24–34.

Röhrle, B. (2010). Soziale Exklusion aus der Perspektive sozialer Netzwerke. In H. Keupp, R. Rudeck, H. Schröer, M. Seckinger & F. Straus (Hrsg.), *Armut und Exklusion. Gemeindepsychologische Analysen und Gegenstrategien*. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, S. 119-129.

Röhrle, B., Laireiter, A.-R. (1999): *Soziale Unterstützung und Psychotherapie*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H., Weintraub, S. (1990): *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, Cambridge University Press, Cambridge.

Römer, S. (2011): Förderung von Empathie in der Integrativen Kinder- und Jugendlichentherapie. [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg. 2011.

Sakamoto I. Pitner, R.O (2005). Use of critical consciousness in anti-oppressive social work practice: disentangling power dynamics at personal and structural levels. *British Journal of Social Work* 35, 435–452

Salahshour, K., Petzold, H. G., Orth-Petzold, S. (2013): Einleitung: Narrative Biographieerarbeitung und dokumentierte Praxeologie statt arbiträrer Kasuistik (Petzold/Orth-Petzold). *Kreidner-Salahshour. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie als Teil der multiprofessionellen Behandlung im Integrierten Maßregelvollzug mit einem psychotischen Patienten als langzeittherapeutischer*

Prozess – ein Behandlungsjournal narrativer Biographieerarbeitung. *Integrative Therapie* 3-4 (2013) und Textarchiv <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-kreidner-salahshour-k-petzold-h-g-orth-petzold-s-2012-langzeittherapeutische-psychose.html>

Schay, P., Dreger, B., Siegele, F. (2006): Die Wirksamkeit von Supervision für den Patienten – eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit von Supervision für das Patientensystem in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger. In: *Schay, P.* (2006): Innovationen in der Drogenhilfe. Wiesbaden: VS-Verlag S. 247-305.

Scheiblich, W. (1999): Bilder - Symbole - Rituale. Dimensionen der Behandlung Suchtkranker. Freiburg: Lambertus.

Schéerer, R. (1993): Zeus hospitalier : éloge de l'hospitalité, Paris: Armand Colin; Neuaufl. Paris: La Table ronde.

Scherzer, H. (2005): SEIN GRÖSSTER KAMPF. Selbst im Leben gescheitert, will er verhindern, dass andere scheitern: Ex-Boxchampion CHARLY. GRAF (53) trainiert verhaltensgestörte Kinder, "Kicker" vom 7. März 2005.

Schiffauer, W., Baumann, G. et al. (2006): Civil Enculturation: Nation-state, Schools And Ethnic Difference in Four European Countries. Oxford: Berghan Books.

Schmid, W. (1998, 2007, 10. Auflage): Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung. Frankfurt: Suhrkamp.

Schmidbauer, W. (1977): Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Reinbek: Rowohlt.

Schmidt-Semisch, H. (1990): Drogenpolitik. Zur Entkriminalisierung und Legalisierung von Heroin, München: AG SPAK-Verlag.

Schmidt-Semisch, H. (1994): Die prekäre Grenze der Legalität. DrogenKulturGenuss, München: AG SPAK-Verlag.

Schneider, W., Gerlach, R. (2004): DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Berlin: VWB.

Schölzhorn, M. (2009): Differentielle Arbeit mit Missbrauchs- und Gewalttätern im Kontext der Kinderschutzarbeit – Perspektiven Integrativer Therapie, Supervision, Ausgabe 31/2009 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/31-2009-schoelzhorn-martin-differentielle-arbeit-mit-missbrauchs-und-gewalttaetern.html>

Schrenk, F. (1997): Die Frühzeit des Menschen. Der Weg zum Homo sapiens. München: CH Beck.

Schroeder D. A. et al. (1995): The psychology of helping and altruism. New York McGraw-Hill.

Schultheis, F. (2007): Bourdieus Wege in die Soziologie. Konstanz: UVK.

Seligman, M. E. P. (1975): *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman. Paperback reprint edition, Freeman, 1992.

Seligman, M. E. P. (1991): *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life*. New York: Knopf. Paperback reprint edition, Harmondsworth: Penguin Books 1998.

Seligman, M. E. P. (2011): *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. New York: Free Press.

Seneca, L. A. (1993): *Philosophische Schriften* [Nachdruck von 1924], übers. O. Apel, Leipzig: Meiner.

Seneca, L. A. (1999): *De tranquillitate animi. Über die Ausgeglichenheit der Seele*, Stuttgart: Reclam.

Sieper, J., Orth, I., Petzold, H.G. (2009): Zweifel an der „psychoanalytischen Wahrheit“- Psychoanalyse zwischen Wissenschaft, Ideologie und Mythologie, in: *Leitner, A., Petzold, H.G.* (2009): *Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen*. Wien: Edition Donau-Universität - Krammer Verlag Wien. S. 573-635.

Sieper, J., Orth, I., Petzold, H. G. (2010): Warum die „Sorge um Integrität“ uns in der Integrativen Therapie wichtig ist – Überlegungen zu Humanität, Menschenwürde und Tugend in der Psychotherapie. In: *Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J.* (2010): *Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie*. Wien: Krammer, S. 367-460.

Sieper, J., Petzold, H.G. (2001c): „Eingreifende Wissenschaft“ für „Menschenarbeiter“. *Integrative Therapie* 1, 208-209.

Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2002 und gekürzt in *Leitner, A.* (2003): *Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie*. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.

Sieper, J., Petzold, H. G. (2011): Soziotherapie/Sozialtherapie – ein unverzichtbares Instrument gegen soziale Exklusion und für die psychosoziale Hilfeleistung in „prekären Lebenslagen“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – Jg. 2011.

Silver, H. (1994): Social Exclusion and Social Solidarity. *International Labour Review* 5-6, 531-78.

Skhlar, J. N. (1984): *Ordinary Vices*, Cambridge, Mass.: Belknap Press.

Skhlar, J. N. (1989): The Liberalism of Fear, in: *N. L. Rosenblum*, *Liberalism and the Moral Life*, Cambridge/London, S. 21-38 und 255-256

Skhlar, J. N. (1990): *The Faces of Injustice*, New Haven: Yale University Press; dtsch. (1992): *Über Ungerechtigkeit. Erkundungen zu einem moralischen Gefühl*, Berlin: Rotbuch-Verlag.

Sørensen, M., Petzold, H.G., (2009): *Stigma und sexuelle Gewalt*: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 10/2009.

Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G. (1984): *Die Begleitung Sterbender - Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch*. Paderborn: Junfermann.

Spilles, G., Weidig, U. (2005): *Überlegungen zu männerspezifischen Behandlungsansätzen in der Suchtkrankenhilfe am Beispiel der Ambulanten Rehabilitation Sucht (ARS) unter besonderer Berücksichtigung des Modells der Integrativen Therapie*. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*. Eine Internet-Zeitschrift für „Integrative Therapie“ - 10, 2005. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/SpillesWeidigPolyloge-10-2005.pdf>

Spreen, O., Risser, A. H., Edgell, D. (1995): *Developmental Neuropsychology*. Oxford. Oxford University Press.

Staemmler, F.-M. (2009): *Das Geheimnis des Anderen - Empathie in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Stamenov, M., Gallese V. (2002). *Mirror Neurons and the Evolution of Brain and Language*. New York, Amsterdam: John Benjamins.

Steffan, W. (1988): *Streetwork in der Drogenszene*. Freiburg: Lambertus.

Steffan, W. (1989): *Straßensozialarbeit, eine Methode für heiße Praxisfelder*. Weinheim: Beltz.

Stichweh, R. (2000): *Die Weltgesellschaft. Soziologische Analysen*. Frankfurt: Suhrkamp.

Stichweh, R. (2005): *Inklusion/Exklusion, funktionale Differenzierung und die Theorie der Weltgesellschaft*. [https://www.uni-bielefeld.de/\(de\)/soz/iw/pdf/stichweh_6.pdf](https://www.uni-bielefeld.de/(de)/soz/iw/pdf/stichweh_6.pdf)

Stolle, M., Sack, M., Thomasius, R. (2009): *Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter. Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention*. *Dtsch Arztebl Int.* 106, Nr. 19, , S. 323–8

Swanton, H. (2010): *Die Bedeutung von Biographie in der Integrativen Supervision*. *Supervision* 10/2010. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/10-2010-swanton-helga-die-bedeutung-von-biographie-in-der-integrativen-supervision.html>

Tomasello, M. (2010): Warum wir kooperieren. Berlin: Suhrkamp Verlag.

Trüb, H. (1951): Heilung aus der Begegnung. Eine Auseinandersetzung mit der Psychologie C. G. Jungs. Stuttgart: Klett

Uchino, B.N., Holt-Lunstad, J., Uno, D., Campo, R., Reblin, M. (2007): The social neuroscience of relationships: An examination of health-relevant pathways. In: Harmon-Jones, Winkielman (2007), 474-492.

Varevics, P., Petzold, H.G. (2005): Leben und Tod, Altern und Sterben, Leid, Trost, Sinn - Hilfen für therapeutische, beraterische und supervisorische Suchbewegungen in der Lebensspanne. Integrative Therapie 1-2, 129-161 und in: Petzold, Müller, L. (2005).

Vogel, E. (2004): Ausgewählte Aspekte zur Geschlechterdifferenzierung in der ambulanten Suchtbehandlung und -beratung, in Petzold, Ebert, Schay (2004) 51-77.

Voland, E. (2007): Die Natur des Menschen. Grundkurs Soziobiologie. München: Beck.

Vollmer, S. (1974): Streetwork. In: Petzold (1974b).

Vonhoff, H. 1987): Geschichte der Barmherzigkeit: 5000 Jahre Nächstenliebe. 2. Aufl. Stuttgart: Quell-Verlag.

Vygotskij, L. S. (1934/2000): Denken und Sprechen. Vollständige Neuübersetzung von Georg Rückriem und Joachim Lompscher, Weinheim: Beltz-Verlag.

Vygotskij, L. S. (1985a): Die psychischen Systeme. In: Vygotskij, L.S.: Ausgewählte Schriften Bd. 1. Köln (Pahl-Rugenstein, S. 319-352.

Vygotskij, L. S. (1985b): Das Bewußtsein als Problem der Psychologie des Verhaltens. In: Vygotskij, L.S.: Ausgewählte Schriften Bd. 1. Köln: Pahl-Rugenstein, S. 279-308

Vygotskij, L. S. (1985c): Die Psychologie und die Lehre von der Lokalisation psychischer Funktionen. In: Vygotskij, L.S.: Ausgewählte Schriften Bd. 1. Köln: Pahl-Rugenstein, S.,353-362.

Vygotskij, L. S. (1992): Geschichte der höheren psychischen Funktionen. Münster: Lit.

Vygotskij, L. S. (1994): The Problem of the Environment. In: van der Veer, R.; Valsiner, J.: The Vygotsky Reader. Oxford: Blackwell, S. 338-354.

Wacquant, L. (2006): Parias urbains : ghetto, banlieues, État, Paris: La Découverte.

Waks, F. (2006): Joseph Wresinski, la pauvreté au corps à corps, Paris: éd.Textuel.

Ward, L. F. (1883): Dynamic Sociology. Or Applied social science as bases upon statical sociology and the less complex sciences, 2 Bde. New York: Appleton.

Ward, L. F. (1903): *Pure Sociology. A Treatise on the Origin and Spontaneous Development of Society*, Boston: Ginn.

Ward, T. (2005): *Development, Social Justice, and Civil Society: An Introduction to the Political Economy of NGOs*. London: Paragon House.

Watson, J.C., Greenberg, L.S. (2009): Empathic resonance: A neuroscience perspective. In: *Decety, Ickes* (2009), 125-138.

Willke, H. (2000): *Atopia. Studien zur atopischen Gesellschaft*, Frankfurt: Suhrkamp.

Willke, H. (2002): *Dystopia. Studien zur Krisis des Wissens der modernen Gesellschaft*, Frankfurt: Suhrkamp.

Willke, H. (2003): *Heterotopia. Studien zur Krise der Ordnung moderner Gesellschaften*, Frankfurt; Suhrkamp.

Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena, *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97

Winnicott, D. W. (2002): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Studien zur Theorie der emotionalen Entwicklung, Gießen: Psychosozial-Verlag. Übers. (1965): *The Maturational Processes and the Facilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development*, New York: International Universities Press.

Wresinski, J. (1998): *Les plus pauvres révélateurs de l'indivisibilité des droits de l'homme*, Paris: Éditions Quart Monde; dtsh. (1996): *Die ärmsten Menschen zeigen, dass die Menschenrechte unteilbar sind*. Paris: Vierte Welt Verlag.

Wresinski, J. (2007): *Refuser la misère. Une pensée politique née de l'action*, Paris: Editions Le Cerf.

Wuhl, S. (2002): *L'égalité. Nouveaux débats*, Paris: PUF.

Yack, B. (1996): *Liberalism without Illusions: Essays on Liberal Theory and the Political Vision of Judith N. Skhlar*. Berkeley: University of California Press.

Young, I. M. (1996): Fünf Formen der Unterdrückung. In: *Nagl-Docekal, H., Pauer-Studer, H.*: Politische Theorie. Differenz und Lebensqualität. Frankfurt: Suhrkamp.

Young, I. M. (2000): *Inclusion and Democracy*. Oxford: Oxford University Press.

Zaboura, N. (2008): *Das empathische Gehirn. Spiegelneurone als Grundlage menschlicher Kommunikation*. Wiesbaden: VS Verlag

Zaimoglu, F. (2003): *Abschaum. Die wahre Geschichte von Ertan Ongun*. Berlin: Rotbuch Verlag.

Ziegler, J. (2005): *L'Empire de la honte*, Paris: Fayard.