

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/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 psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/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 psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für
psychosoziale Gesundheit, Rorschach
Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für
psychosoziale Gesundheit, Rorschach
Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems,
Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

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

Ausgabe 19/2008

**POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für
psychosoziale Gesundheit – Ausgabe 19 Jg. 2008**

INTEGRATIVE SOZIOThERAPIE

- zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie

Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und

Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung

Hilarion G. Petzold, Johanna Sieper, Düsseldorf¹

1. Konnektivierung – ein Grunderfordernis differentieller und integrativer Hilfeleistung und Entwicklungsförderung²

Soziale Arbeit als integrative psychosoziale Hilfeleistung für Menschen in Not, Elend und Bedrängnis, in Krisen und Konflikten, in prekären oder gar desaströsen Lebenslagen, bei psychischen, somatopsychischen, sozialen Erkrankungen kann auf *differentielle und integrierte Hilfeleistungen* nicht verzichten, sie muss zugleich auch auf *kokreative Förderung von Entwicklungen* und ressourcen- und potentialorientiert auf gesellschaftlichen **Innovationen** gerichtet sein, **kreative Kulturarbeit** leisten, denn diese reduziert Entfremdung und hat ein heilendes Potential³. *Pathogene* Momente gesellschaftlicher Dynamik im Mikro- und Makrobereich und *salutogene* Dimensionen solcher Dynamik müssen gleichermaßen berücksichtigt werden⁴.

***Kulturarbeit** ist immer zugleich kritische Bewusstseinsarbeit (Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären) und kokreative, proaktive Gestaltungsarbeit (Kreieren, Handeln, Schaffen, Verändern) auf allen Ebenen und in allen Bereichen des Kulturationsprozesses, um das Projekt der Entwicklung einer konvivialen, d.h. menschengerechten und lebensfreundlichen Kultur engagiert voranzubringen. (Petzold 2002b, vgl. 2007p, 2008b)*

Eine „**Integrative Psychotherapie**“ (Petzold 1965, 2003a) braucht solche „**Soziale Arbeit**“, braucht „**Agogik**“ (Pädagogik, Andragogik, Geragogik) und die aus ihr hervorgegangene „**Soziotherapie**“ mit ihren Interventionsmöglichkeiten in Netzwerke und Mikroökologien hinein⁵ neben den sozialmedizinischen und psychiatrischen bzw. sozialpsychiatrischen Möglichkeiten der Hilfe⁶. Alle diese Wissensstände und Unterstützungsmöglichkeiten werden gebraucht, um in der systematischen **Konnektivierung** (Petzold 1994a, 2007) dieser Informationen und Praxeologien in „Wissensnetzen“ einen Ansatz *bio-psychosozialer* bzw. *biopsychosozialökologischer* „**Integrativer Humantherapie**“ und eine „**engagierte Kulturarbeit**“ zu entwickeln (Petzold 2003a, 2008b). Das war und ist das Ziel unserer Bemühungen. Solche **Konnektivierung** erfordert einen ko-respondierenden, **interdisziplinären Polylog** (Petzold 1991e, 2002d), d. h. das Gespräch nach vielen Seiten, um aus monodisziplinären Betrachtungsweisen herauszukommen und in der Praxis auch zu faktischen Kooperationen zwischen den Disziplinen und den Hilfsagenturen, in denen sie vertreten sind, zu gelangen, denn nur so können in komplexen Lebens- und Problemlagen die erforderlichen Hilfen differenziert und integriert bereit gestellt werden.

In der Praxis stellen sich die mit Konnektivierungen verbundenen Aufgaben, da sie disziplin-, schulen-, berufsübergreifend sind und auch unterschiedliche Bereiche der Hilfeleistung und verschiedene Hilfsagenturen verbinden, als äußerst komplex dar. Sie sind voller Probleme, Schwierigkeiten, aber auch reich an Ressourcen und Chancen, die allerdings genutzt werden müssen. Hier eröffnet sich ein wichtiges Aufgabenfeld für die **Supervision**, die allerdings bei der gegebenen Interdisziplinarität, Multiprofessionalität und Interinstitutionalität möglichst einem integrativen, sozialwissenschaftlich begründeten und forschungsgestützten Ansatz (Petzold 2007a; Schreyögg 2004) verpflichtet sein sollte, aber auch mit kreativen Medien und aktionalen Ansätzen experimentieren muss (Höhmman-Kost, Petzold 2003; Schaverien, Case 2007). Supervision wird nämlich, wie eine von uns durchgeführte Metaanalyse der internationalen Forschungsliteratur zeigt (Petzold, Schiggl et al. 2003), keineswegs immer dem Qualitätsanspruch gerecht, den man an sie stellt – in bestimmten Bereichen (z. B. Psychiatrie, Altenarbeit, Krankenpflege) stufen nur ein knappes Drittel der Befragten ihre Supervisionserfahrungen als gut und

sehr gut ein, wie internationale Multicenterstudien gezeigt haben (Petzold, Müller, König 2007). Gerade für die Arbeit im Casemanagement ist sogar ein erhebliches Theorie und Forschungsdefizit im Bereich der Supervision festzustellen. Eine sozialpsychologisch fundierte, organisationssoziologisch orientierte Supervisionskonzeption wird dennoch für die komplexen, sozialarbeiterischen und soziotherapeutischen Aufgaben der Karrierebegleitung und Prozessunterstützung durch Helfernetzwerke für PatientInnennetzwerke (Hass, Petzold 1999) Gewinn bringen.

2. Soziotherapie – eine biopsychosoziale Praxeologie mit Scharnierfunktion

Soziotherapie und psychosoziale Beratung wird verstanden als die theoriegeleitete, planvolle Arbeit mit Menschen in sozialen Systemen und die Beeinflussung solcher Systeme und Kontexte auf der Mikro- und Mesoebene durch Interventionsmethoden, die Problemsituationen strukturieren (Petzold 1969c, S. 4). Im Kontext von Supervision wurde dann spezifiziert: „Damit sollen die sozialen Fähigkeiten (*Kompetenzen*) und Fertigkeiten (*Performanzen*) von Einzelnen und Gruppen für den Umgang mit der persönlichen und gemeinschaftlichen Lebenswirklichkeit im Sinne ihrer Bewältigung, aber auch Gestaltung gefördert und die Möglichkeit zu solidarischem Handeln aus sozialer Ko-kreativität entwickelt werden. Auf diese Weise ist es möglich, Institutionen und soziale Felder zu verändern und die in diesen lebenden bzw. arbeitenden Menschen zum Engagement für die eigene Sache, für psychosoziale Gesundheit und eine humane Lebensqualität zu motivieren“ (Petzold 1973, 4, Petzold, Petzold 1993a, 459)

Diese Definition wurde über dreißig Jahre zu einer komplexen Konzeption und Praxeologie von **Soziotherapie** ausgearbeitet⁷. Es wurde damit ein integrativer soziotherapeutischer Ansatz entwickelt, der durch das Schnittstellenmodell bzw. die Scharnierfunktion von Soziotherapie diese beständig im Fluss interdisziplinären Informationsaustausches sieht. Begünstigt wurde eine solche Ausrichtung durch das Faktum, dass wir den Term „**Soziotherapie**“ im Kontext sozialgerontologischer Arbeit und Suchttherapie (Petzold 1965, 1967) – als solche recht interdisziplinäre Bereiche – eingeführt haben. Wir verstanden sie als „*engagierte Praxis*, die sich im spiraligen Austausch des 'Dreiecks der Hilfeleistung': **Medizin, Sozialarbeit, Psychotherapie** mit ihren Referenzwissenschaften (Biologie, Soziologie/Agogik/Sozialwissenschaften, Psychologie) an den Bedürfnissen und Notlagen der betroffenen Frauen und Männer, aber auch an ihren Entwicklungsmöglichkeiten orientieren muss“ (Sieper, Petzold 1965). Die Sozialarbeit hat sehr oft auch eine Bildungsfunktion und hat sich hier auch zur Sozialpädagogik und Agogik geöffnet. **Agogik** ist in der niederländischen Erziehungswissenschaft als Überbegriff für Pädagogik in Vorschule und Schule, Erwachsenenbildung/Andragogik und Altenbildung/Geragogik konzeptualisiert worden, das eine „agogische Arbeit in der Lebensspanne“ im Sinne der *éducation permanente*, des *life long learning*, des *lebenslangen Lernens* zur Konsequenz hat, ein Paradigma, das den **Integrativen Ansatz** in all seinen Bereichen seit seinen Anfängen kennzeichnete⁸ und damit auch in der Therapie lebensaltersspezifischen Ansätze erforderlich macht im Sinne des „life span developmental approach“⁹. Dabei ist der gemeinsame Nenner für Psychotherapie, Soziotherapie, Agogik, Sozialarbeit usw. „Lernen“ und „Beziehungsarbeit“ in der Lebensspanne (Sieper, Petzold 2002, Petzold 1991b). Wird diese Sicht in die Praxis umgesetzt, kommt es in den konkreten, Menschen begleitenden – gender-, altersgruppen, ethniespezifisch begleitenden! – Interventionen zu einem *spiralig-progredierenden*, zyklischen Fluss differentieller und integrativer Hilfeleistungen und Förder- bzw. Entwicklungsmaßnahmen. Unsere Idee eines sich **transversal** fortschreibenden, zukunftsgerichteten Bündels von sich wechselseitig beeinflussenden Maßnahmen

und Entwicklungssträngen wurde von der Mitautorin – mit Bezug auf das Modell der „heraklitesche Spirale“, die nach beiden Enden offen ist (*Heraklit* 22 B 59; *Petzold, Sieper* 1988b) – im Bild einer Spirale von Dreiecken symbolisiert (*Sieper, Petzold* 1965). Sie wurde zum Logo des Integrativen Ansatzes.

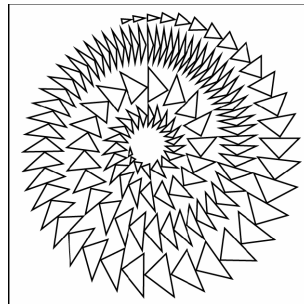


Abb. 1: Die heraklitesche Spirale von Differenzierung und Integration in transversaler Bewegung - visualisiert von *Johanna Sieper* 1965. In: *Sieper, Petzold* 1965, vgl. *Sieper et al.* 2007, 125).

„Wirklichkeit konstituiert sich 'jeden Tag neu' – (vgl. *Heraklit* fr. 6) und zwar als leibhaftig und bewusst erfahrene. Das Erfassen der Wirklichkeit geht nur im Auseinandersetzen mit ihren vorfindlichen 'Materialien in ihrem Zusammenspiel', d. h. in der Wahrnehmung von *Differenzen* und *Verbundenheiten* (*synapsis, ensemble*) und in der Wahrnehmung der *Prozesse und Ergebnisse* dieses 'Zusammenspiels' von **Differenzieren und Integrieren**. Es kann bei *Differenzen* bleiben oder zu *Integrationen* finden, denn nicht alles lässt sich integrieren. Wenn man aber mit Menschen arbeitet, dann muss Körperliches, Seelisches, Geistiges, Soziales und die Umwelt in dieser Arbeit verbunden werden und solche Verbindung ist schon Integration“ (*Sieper, Petzold* 1965).

»**Transversalität** ist ein Kernkonzept, das das Wesen des „Integrativen Ansatzes“ in spezifischer Weise kennzeichnet: ein offenes, nicht-lineares, prozessuales, pluriformes Denken, Fühlen, Wollen und Handeln, das in permanenten Übergängen und Überschreitungen (*transgressions*) die wahrnehmbare Wirklichkeit und die Welten des Denkens und der Imagination, die Areale menschlichen Wissens und Könnens durchquert, um Erkenntnis- und Wissensstände, Methodologien und Praxen zu konnektivieren, ein „Navigieren“ als „systematische Suchbewegungen“ in Wissenskomplexität und Praxisbereichen, in denen die Erkenntnishorizonte und Handlungsspielräume ausgedehnt werden können« (*Petzold* 1981f, 1988t)

Mit diesen Texten wird die epistemologische und anthropologische Basis für den Integrativen Ansatz im Kontext einer „klinischen Philosophie“ umrissen¹⁰, die ein **biopsychosoziales Modell** als unabdingbare Grundlage hat, wenn sie Menschen – Frauen und Männer – als Erkenntnis suchende „Körper-Seele-Geist-Subjekte im ökologische und sozialen Kontext/Kontinuum“ sieht (*Petzold* 2003e). In dieser Weise haben schon *Vygotskij* und *Lurija* in den zwanziger und dreißiger Jahren in der Entwicklung ihres kulturhistorischen und neuropsychologischen Ansatzes konzeptualisiert¹¹, der auch unser Denken beeinflusst hat und in dem gleichfalls „*Intermentales*“ mit „*Intramentalem*“ (*Vygotskij* 1978, 1992) verschränkt sind. Dabei sind im Sinne einer „chronosophischen“ (*Petzold*) und „chronotopischen“ (*Bakhtin*) Betrachtungsweise, immer alle Zeitmodalitäten des Kontinuums: Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft im Blick zu behalten (*Petzold* 1983e, 1991o).

Aus einer solchen komplexen Sicht entwickelten wir unsere Arbeit als „Hilfe für Menschen in vielschichtigen und schweren Notlagen“ und als „Entwicklung und Förderung von Potentialen“, eine „**Praxeologie** mit den Schnittflächen von *Sozialarbeit, Agogik, medizinischer Versorgung* und *klinischer Psychotherapie*, die z. B. in der Arbeit mit Suchtkranken – und nicht nur dort – unverzichtbar ist, um die Wege von Menschen zu begleiten, denn hier geht es um keine kurzen Prozesse“¹². Die Notwendigkeit dieses Zusammenwirkens wird neuerlich auch in der Psychiatrie erkannt (*Wolfersdorf, Heindl* 2003), wobei der **Soziotherapie** gleichsam eine

Scharnier-Funktion zukommt, die in diesem Text für den Integrativen Ansatz kurz betrachtet werden soll.

3. Historische und konzeptuelle Perspektiven zu „sozialer Therapie“ und dem „Integrativen Ansatz“

Die Idee einer „sozialen Therapie“ geht im deutschsprachigen Bereich auf *Alice Salomon* (1882-1948) zurück, die in sozialarbeiterischer Orientierung mit dem Schwerpunkt der Arbeit mit und für Frauen von „sozialer Diagnose“ (*Salomon* 1926) und zusammen mit *Siddy Wronsky* (*Salomon, Wronsky* 1926) von „sozialer Therapie“ sprach. In dieser Bedeutung war also der Begriff schon früh vorhanden, obgleich er zunächst keine Wirkungsgeschichte hatte und erst mit dem Aufkommen der in den sechziger Jahren in den USA entstandenen Bewegung der „Klinischen Sozialarbeit“, im Deutschland der achtziger und neunziger Jahre im Kontext traditioneller Sozialarbeit wieder ins Gespräch kam¹³. Bei *Salomon* war der Begriff deutlich ohne klinische Konnotationen: „Die Wohlfahrtspflege hat auch Aufgaben, die das Wirtschaftsleben nur mittelbar berühren. Sie soll nicht nur die materielle Lebenshaltung, sondern auch Gesundheit, geistiges und sittliches Leben unseren Kulturideen entsprechend erhöhen und vervollkommen. Sie hat es daher auch mit Erziehungs- und Bildungsaufgaben, gesundheitlicher Fürsorge und Förderung zu tun“ (*Salomon, Wronsky* 1926, zit. nach *Thole et al.* 1998, 133). Eine solche Sicht wird gleichfalls in der Integrativen Konzeption gesehen und in der Schnittstelle zur „Agogik“ bzw. Erwachsenenbildung, „agogischer Bildungsarbeit“ umgesetzt¹⁴.

Agogik ↔ SOZIOtherAPIE ↔ Psychotherapie

Erziehungswissenschaften ↔ Sozialwissenschaften ↔ Psychologie/Psychiatrie/Medizin

Das ist die Schnittstellenkonfiguration der Praxeologien (*Orth, Petzold* 2004) mit ihren wissenschaftlichen Referenzdisziplinen im Integrativen Ansatz, in der beständig wechselseitige Beeinflussungen stattfinden.

Zu den frühen Wurzeln des biopsychosozialen, **Integrative Ansatzes** (*Petzold* 2001a, 2003a,) kann durchaus auch der Bereich der **Sozialarbeit** gezählt werden, der zu dieser Konzeptualisierung als „**biopsychosozialer**“ bzw. „*biopsychosozialökologischer* Ansatz“¹⁵. maßgeblich beigetragen hat, wie *Jüster* (2007) in seiner Darstellung der **Integrativen Soziotherapie** verdeutlicht. *Petzold* und *Sieper* haben ihr Konzept des „**Integrativen Ansatzes**“ in Psychotherapie, Leibtherapie, Soziotherapie, Kreativtherapie¹⁶ als „*engagierte Praxis*“ in der Arbeit mit Randgruppen: Drogenabhängigen und -gefährdeten Jugendlichen¹⁷, verhaltensauffälligen Kindern in dissozialen Familien¹⁸, alten Menschen in der Heimsituation¹⁹, Arbeit mit Migrant*innen²⁰ und in einer lebenshilfeorientierten Erwachsenenbildung²¹ entwickelt.

Integrative Soziotherapie²² ist – wie die **Integrative Therapie** insgesamt – in ihrer ursprünglichen Konzeptualisierung nachdrücklich durch unser Erfahrungen in der Arbeit mit dissozialen Familien, in denen Alkoholismus und Gewalt an der Tagesordnung waren, und mit süchtigen jungen Menschen, die oft aus solchen „broken homes“ und schlechten Milieus stammten, geprägt. Dieses Feld war, im Rückblick betrachtet, für unsere Entwicklungen gleichsam ein Glücksfall. Die Patient*innen, mit ihren massiven *körperlichen, seelischen* und *sozialen* Problemen haben einen **biopsychosozialen** Ansatz geradezu verlangt. Ihre Unzugänglichkeit für herkömmliche Formen der Psychotherapie zwang uns, mit erlebnisaktivierenden

und imaginativen Verfahren, nonverbalen und kreativen Methoden (*Petzold* 1971c, *Petzold, Orth* 1990a) einen Zugang zu finden, was uns auch gelang. Da ihre biographischen Schädigungen nicht nur in frühen „broken homes“ lagen, sondern auch bei traumatischen Erfahrungen in Pubeszenz und Adoleszenz erkennbar wurden, nicht zuletzt in Erlebnissen in der Drogenszene (Vergewaltigung, Misshandlungen usw.), die beobachtbar zu gravierenden Verschlechterungen des Befindens und zu einer Verschärfung der Krankheitsdynamik führte, ließen uns schon Ende der sechziger, Anfang der siebziger Jahren die monokausalistische psychoanalytische Doktrin von der überwiegend frühkindlichen Verursachung schwerer psychischer Störungen in Frage stellen, eine Position, die heute durch die entwicklungspsychologische Longitudinalforschung gestützt wird. Diese Klientel süchtiger Jugendlicher und junger Erwachsener wurde für uns zu einer „Modellpopulation“, an der wir erkannten, was für Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen, besonders schweren, insgesamt erforderlich ist: Interventionen in allen wesentlichen Störungsbereichen und auf allen Ebenen. Wir gewannen dadurch einen theoretischen Standort und entwickelten eine performanzzentrierte, kreative Methodologie (*Petzold* 1974k, 1988n, 1993p, 2003a), die für uns nach wie vor Geltung hat und die *essentials* des **Integrativen Ansatzes** umfasst:

Der „Integrative Ansatz“ und sein „biopsychosoziales“ Behandlungsprogramm

„Eine Integrative Therapie wird hier durchgeführt, die mit dem ganzen Menschen arbeitet: seiner *körperlichen* Realität, seiner *seelischen* und seiner *geistigen* Realität, seinem *sozialen* Kontext und seiner *biophysikalischen* Umwelt. Das alles muss mit dem Blick auf das Kontinuum des gesamten Lebenslaufs differenziell und integrativ angegangen werden: mit körper-/bewegungstherapeutischen, psychotherapeutischen, soziotherapeutischen, seelsorgerlichen/nooterapeutischen Maßnahmen und mit dem pädagogischen Ansatz einer *éducation permanente*. Nur so lassen sich komplexe Erkrankungen behandeln, lässt sich der Wille aufbauen, das „*drame humain*“ und die negativen gesellschaftlichen Lebensumstände, welche es bestimmen, zu verändern und integrative und kreative Entwicklungen 'auf den Weg' zu bringen. Krankheiten wie die Drogensucht, hinter der meist schwere psychische Erkrankungen der Persönlichkeit (*Ferenczi*), neuropsychologische Probleme (*Lurija*) bzw. psychiatrische Störungen (*Delay*) durch problematische Entwicklungsverläufe (*Vygotskij*) und traumatische Belastungen (*Janet*) stehen, sind oft mit gravierenden sozialen Problemen, mit zerfallenen sozialen Netzwerken (*Moreno*) und destruktiven Umwelten (*Politzer*) verbunden und erfordern mehrperspektivische Betrachtung, um aus einer Synopse der Sicht und durch den Willen zu multimodalen Maßnahmen zu einer Synergie zu kommen, welche Umwelt und Lebensstil der Süchtigen und Suchtgefährdeten zu verändern vermag. Die biologische, die psychologische und die soziale Seiten des Menschen müssen von einem wirklich umfassenden 'Integrativen Ansatz' der Behandlung erreicht werden, damit er Erfolg haben kann.“

(Aus: *H. G. Petzold* 1967: „Das neue Drogenproblem und die Therapie süchtiger Jugendlicher mit einer Integrativen Therapie“. - Aus dem Konzept der ersten therapeutischen Wohngemeinschaft „Vier Schritte“ – Dieses frühe „biopsychosoziale“ Behandlungsprogramm gilt im Grundsatz noch unverändert im Jahre 2007).

Diese Erkenntnisse blieben nicht auf den Bereich praktischer Psychotherapie und Soziotherapie beschränkt, sie fanden auch in der Ausbildung von Psychotherapeutinnen und Soziotherapeuten Niederschlag, die wir 1972 begannen (*Petzold, Sieper* 1972a). Sie enthielten leib- und bewegungstherapeutische Elemente drama- und kreativtherapeutische und netzwerktherapeutische Methoden, Impulse aus der Kindertherapie (*Petzold* 1972e, 1974j, *Petzold, Schulwitz* 1992), zu denen wir durch *Ferenczis* Arbeiten über „Kinderanalysen mit Erwachsenen“ (1931) und über eine „elastische Behandlungstechnik“ (*Ferenczi* 1927/28) und unsere eigenen Lehranalysen in dieser Tradition angeregt worden waren. Ziel war es, persönliche

Kompetenz/Fähigkeiten und Perfomanz/Fertigkeiten auf der persönlichen – körperlichen, seelischen (emotionalen, volitionalen) und geistigen Ebene zu fördern und natürlich auch auf der sozialen²³. Das ist bis heute Programm²⁴.

Es wurde also immer das **bio-psycho-sozial** fundierte „Dreieck der Hilfeleistung“ gesehen, aus dem weder das **sozialarbeiterische**, noch das **klinisch-therapeutische**, noch das **agogische** Moment herausgenommen werden darf. Aus der Vielzahl der voranstehend aufgeführten Arbeiten zu den Praxisbereichen²⁵ wurden hier frühe und rezente Texte genannt, um die Kontinuität der Beschäftigung mit diesen Feldern und Themen aufzuzeigen. Die Bücher von *Petzold* „Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen“ (1974b) und „Mit alten Menschen arbeiten – Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie“ (1985a/erw. Neuaufl. 2004a) haben in vielen Kapiteln eine klare sozialarbeiterische Ausrichtung mit Texten über Stadtteilarbeit (*Petzold, Zander* 1985), Wohnkollektive und Verbundsysteme²⁶, Netzwerkarbeit (*Petzold* 1979c, 2004e) – gerade mit diesem letztgenannten Bereich leistete der Integrative Ansatz bedeutende Beiträge auch zur Sozialarbeit²⁷.

Zur wissenssoziologischen und praxeologischen Fundierung einer solchen Ausrichtung kommen natürlich auch von unserer Seite als Begründer und Mitbegründerin des „Integrativen Ansatzes“ biographische Momente (*Petzold* 2002h, p; *Zundel* 1987). Im Hintergrund stand wesentlich der Einfluss eines politisch bewussten, sozialaltruistischen Elternhauses – die Eltern waren im antifaschistischen Widerstand und nach dem Krieg in der ehrenamtlichen Suchthilfe, Familien- und Altenarbeit engagiert²⁸. Im Studium hat das auch die Ausrichtung unserer Interessen bestimmt. Die Auseinandersetzung mit den sozialarbeiterisch und klinisch-therapeutisch relevanten Theorien von *Politzer* und *Wallon* - also einer „kritischen Psychologie“²⁹ -, von *Vygotskij*, *Lurija* und *Leontjew* - der kulturhistorischen, kontexttheoretischen Schule³⁰, und natürlich mit *Bourdieu*³¹, *Deleuze*, *Foucault*, *Moscovici*, bei denen wir in Paris hörten³², brachten Vertiefungen in die Richtung einer „klinischen Sozialpsychologie“ (*Petzold* 2007a) mit Schwerpunkten bei der „Konflikttheorie“ (*Petzold* 1973d, 2003b), „Affiliationstheorie“ (*Petzold, Müller* 2005a) und den „kollektiven mentalen Repräsentationen“. Diese Theorie *Moscovicis*³³ haben wir um die emotionale und volitionale Dimension erweitert - und für die soziale Arbeit spielen gerade die „gemeinsamen mentalen Welten“ (*social worlds*) und das „gemeinschaftliche Wollen“, die Ko-Volitionen³⁴, eine große Rolle.

Konkrete Verbindungen zur Sozialarbeit gab es auch dadurch, das *Petzold* neben seinem Medizinstudium in Düsseldorf von 1972 – 1977 an der dortigen Fachhochschule für Sozialarbeit als Lehrbeauftragter Randgruppenarbeit, Suchtarbeit, Arbeit mit alten Menschen lehrte und auch *Johanna Sieper* dort Gruppendynamik- und Psychodramaveranstaltungen durchführte. In unserer innovativen, erwachsenenbildnerischen Arbeit wurden in den von *Sieper* und *Petzold* in den siebziger Jahren geleiteten Volkshochschulen Dormagen, Büttgen und Meerbusch³⁵ neben der kulturellen, berufsqualifizierenden Erwachsenenbildung – es war die Zeit der aufkommenden „Zertifikatskurse“ – auch die *ersten kreativitätsfördernden* und *persönlichkeitsbildenden* Angebote der deutschen Erwachsenenbildung von uns eingeführt³⁶, eine Orientierung, die sich rasant verbreitete und heute zum Standardprogramm moderner Einrichtungen der Erwachsenenbildung gehört. Damit wurde die lebenshilfeorientierte Andragogik, die ja eine langen Tradition hat³⁷, erweitert, denn wir verstanden Erwachsenenbildung und kreative Sozialarbeit und Persönlichkeitsentwicklung als „*Kulturarbeit*“ (*Petzold* 2007p, 2008b). Wir boten Kurse für Familien, alte Menschen, Jugendliche, ja mit *H.*

R. Lückert Vorschulprogramme an (Petzold, Geibel 1972) mit durchaus sozialpädagogischen, ja sozialarbeiterischen Akzenten. Das hatte sicher mit unserer Lehrtätigkeit an der Fachhochschule für Sozialarbeit zu tun (Petzold 1973c). Aus dieser „**Konnektivierung**“ (Petzold 1994a, 2007a) erwuchs die auch von uns in der Lehre vertretene Idee einer nicht nur an Defiziten sondern an Potentialen orientierten sozialen Arbeit.

„Sozialarbeit ist als *Arbeit am Sozialen* im Sinne der *Entwicklung* einer kreativen, humanen und demokratischen Gesellschaft und als *Hilfeleistung in gesellschaftlichen Problem- und Notbereichen* zu verstehen. Sie ist damit einerseits defizit- und störungsorientiert auf Notlagen und Probleme, andererseits entwicklungs- und potentialorientiert auf Chancen und Ressourcen gerichtet. Damit können traditionell sozialarbeiterische Ziele und Strategien mit andragogischen und kreativtherapeutischen Ideen und Methoden zusammenwirken. Darin liegen die Chancen zu einer neuen, integrativen und kreativen Sicht in der Sozialarbeit – sie braucht in der sich beständig wandelnden Gesellschaft immer wieder neue Modelle“ (Petzold 1971k, vgl. 1997c).

4. „Optimale Prozess-Begleitung und -Förderung“ und „Konvoi-Arbeit in der Lebensspanne“ zur Veränderung von Lebensstilen und prekären Lebenslagen

Wir haben immer wieder in sozialarbeiterischen Kontexten gearbeitet und gelehrt und aus der **Konnektivierung** – wie deutlich geworden sein sollte, ein integratives Kernkonzept (Petzold 1994a, 1998a/2007a) – der psychosozialen, klinischen und agogischen Handlungsfelder großen Gewinn gezogen³⁸.

Die **Soziotherapie** und mit ihr eine sozialarbeiterischer Ansatz ist also in die „Integrative Therapie“ als integraler Bestandteil eingebettet, weil wir uns stets bewusst waren, dass bei „*schweren, komplexen Störungen*“ und „*prekären desaströsen Lebenslagen*“, bei denen in der Regel ein „dysfunktionaler Lebensstil“, z. B. ein süchtiger, verändert werden muss³⁹, Psychotherapie alleine keine hinreichenden Erfolgchancen haben kann. Vielmehr wird eine differenzierte, längerfristige **Karrierebegleitung** – so der von uns inaugurierte Term (Petzold, Hentschel 1991) – notwendig, bei der in einer guten Zusammenarbeit der verschiedenen Hilfsagenturen fehlende Ressourcen bereitgestellt werden, um die schlechte Lebenslage der Betroffenen zu verbessern und Lebensstress zu reduzieren.

„**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, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner *'supportiven 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 2000h)

Die HelferInnen unterstützen dabei das „soziale Netzwerk“ bzw. ersetzen es, wo der familiale „Konvoi“ als „Netz über die Zeit“ (Hass, Petzold 1999) nicht mehr oder nur

noch rudimentär existiert als „prothetisches, professionelles Netzwerk“ (Petzold 1979c, 1994e). Sie bilden dann einen **Konvoi** der fachlichen Hilfeleistung, bei welchem Helfer als **protektive Faktoren** (Petzold, Goffin, Oudhof 1993) und Beistände weitere Schädigungen im Sinne von „harm reduction“ (Gölz 1995; Marlatt 1998) zu vermeiden helfen und Widerstandsfähigkeit, **Resilienz** fördern⁴⁰. Sie sollen darüber hinaus dazu beitragen, dass *Ressourcen* genutzt und erschlossen werden (Petzold 1997p). Dazu müssen sie in verschiedenen Rollen und Funktionen tätig werden (als Sozialarbeiter, Arzt, Psycho- und Soziotherapeut usw.), um einen Hilfeplan (z. B. nach § 36 SGB VIII / KJHG) oder einen Therapie- oder Rehabilitationsplan gemeinschaftlich umzusetzen. Sie begleiten als „professioneller Konvoi“ den Patienten auf seiner „Lebensstrecke“, in seiner „Karriere“.

„Als **Konvoi** bezeichnet werden Soziale Netzwerke, die auf der Kontinuumsdimension betrachtet werden, denn der ‚Mensch fährt nicht allein auf der Lebensstrecke, sondern mit einem Weggeleit‘. Ist dieses stabil, ressourcenreich und supportiv, so kann es ‚stressful life events‘ abpuffern, eine Schutzschildfunktion (shielding) übernehmen und damit Gesundheit und Wohlbefinden sichern. Ist der **Konvoi** schwach oder kaum vorhanden, negativ oder gefährlich (durch Gewalt und Missbrauch), so stellt er ein hohes Risiko dar (continuum of casualties), und das nicht nur in Kindheit und Jugend. Konvoiqualitäten diagnostisch zu erfassen und – wo erforderlich – zu stärken, bei ‚riskanten Konvois‘, zu puffern oder einzuschränken (Heimunterbringung, Frauenhaus u. ä.) ist damit eine zentrale Aufgabe jeder psychosozialen/therapeutischen Hilfeleistung, bei der die Helfer ‚Mitglieder auf Zeit‘ im Konvoi des Klienten/der Klientin werden. [...] Konvoiqualität und -dynamik wird wesentlich durch die in ihm vorherrschenden Qualitäten der Relationalität bestimmt, durch Beziehungen und Bindungen, durch Affiliationsprozesse im Binnenraum und zum Außenfeld des Konvois. Funktionale und dyfunktionale ‚Lebensstile‘ sind wesentlich auch durch konstruktive oder destruktive Qualitäten von Konvois, durch benigne und maligne Konvoi-Stile bestimmt. *Lebensstilveränderungen* und *Konvoiveränderungen* müssen in der Regel Hand in Hand gehen“ (Petzold 2000h)

Psychotherapie und Soziotherapie sind also auf sozialarbeiterische Unterstützung angewiesen. In der Psychiatrie wird vermehrt gefordert, dass bei psychiatrischen Erkrankungen sozialarbeiterische und soziotherapeutische Maßnahmen unmittelbar einsetzen müssen, um die Alltagsstrukturen und Netzwerke der PatientInnen zu unterstützen (Wolfersdorf, Heindl 2003). Auf diese Weise kann einem Netzwerkverfall und einer „Erosion der persönlichen Tragfähigkeit“ der Netzwerkmitglieder und der „supportiven Valenz“ der Netzwerke (Petzold 2000h, Hass, Petzold 1999) insgesamt sowie einer „erlernten Hilflosigkeit“ sensu *Seligman* auf Seiten der PatientInnen vorgebeugt werden (Flammer 1990). Dabei sind Hilfe- und Rehabilitationspläne, die – wo immer möglich – unter Mitwirkung der PatientInnen erstellt und in einem konzertierten Case-Management bzw. in einer optimalen Prozessbegleitung umgesetzt werden, eine große Hilfe. Positiv gewendet: durch eine längerfristige **Begleitung** des Patienten und seines Konvois wachsen die Chancen, dass Lebensstilveränderungen möglich werden, ein gesundheitsbewusster, selbstfreundlicher Lebensstil (Schmid 2004; Lorenz 2004) gewonnen werden kann, weil der „Patient sich zum Projekt macht“ (Petzold 1969c, Petzold, Sieper 2007d). Lebensstil- und Lebenslageveränderungen bei Chronifizierungen und wenig favorablen Lebensverhältnissen sind kein Unterfangen, dass die meisten PatientInnen ohne Unterstützung alleine schaffen, jedenfalls in der Regel nicht. Und *ein* Therapeut als alleiniger Helfer und Begleiter wird oft auch nicht ausreichen, wie die mäßigen bis schlechten Ergebnisse der Psychotherapie (aller Schulen Grawe 2005a, b) bei komplexen, schweren Störungen zeigen. Hier ist nachhaltige Hilfe **Projekt für ein Netzwerk**, für einen „**Konvoi**“, ein Weggeleit, für eine „Mannschaft“ von Helfern und Freunden nötig (Hass, Petzold 1999), zumal die spätmodernen Lebenswelten mit ihrer akzelerierenden Komplexität und Unüberschaubarkeit die Menschen ohnehin vor gewaltige Anpassungs- und Gestaltungsaufgaben stellen.

Beständig wird „Creative adjustment“ und „Creative Change“ verlangt (*Petzold* 2003a, 2007a), und das führt für belastete Patienten und Patientinnen oft genug zu Überforderungen, die durchaus auf den Helfer (Sozialarbeiter, Psychotherapeutin etc.) übergreifen können, weil ein „Bündel komplexer Aufgaben“ zu bewältigen ist. In der Sozialarbeit, der Psychiatrie und im Gesundheitswesen der USA wurde hierzu der Ansatz des „Casemanagements“ – auch „Unterstützungsmangement“, ein weniger verdinglichender Term – entwickelt, eine Methodologie konzertierter Hilfeleistung, die auch im deutschsprachigen Bereich zunehmend Beachtung und Verbreitung findet⁴¹.

5. Case Management als optimierende Prozessbegleitung von Karrieren in „partnerschaftlicher“ Soziotherapie jenseits von „compliance“

Nachdem wir durch jahrzehntelange Psychotherapie-, Soziotherapie- und Supervisionserfahrungen im Felde der Alkoholikertherapie und Drogenarbeit⁴² und beständige eigene Forschungsarbeit – darunter eine Längsschnittstudie über das Hilfesuchverhalten von Abhängigen 1971 – 1979 (*Petzold* 1980c) – und durch Auswertung der Suchtforschung⁴³, nicht zuletzt des Selbstheilphänomens (*Happel* 1988; *Schneider* 1988) ein recht umfassendes Bild von den Karrieren von Suchtkranken gewonnen hatten, sahen wir unsere ursprüngliche Intuition bestätigt, dass die Mehrzahl der Suchtkranken eine langfristig angelegte „Kette von Hilfeleistungen“ brauchen. Das hatte *Petzold* auch zur Idee und zum Projekt von Therapieketten – er inaugurierte den Begriff (*Petzold* 1974b, 1969c „*chaîne thérapeutique*“) – als Verbundsystemen⁴⁴ im Kontext der Drogentherapie geführt. Er hat seit Anfang der siebziger Jahre Ketten-Modelle an vielen Orten angestoßen, sie begleitet, supervidiert⁴⁵, aber auch Ideen zu einer konsistenten Karrierebegleitung von einzelnen PatientInnen als „Kette von protektiven Erfahrungen“ und „intermittierenden, fokalthérapeutischen Interventionen“ psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Art (*Petzold* 1993p) entwickelt und in der Therapie praktiziert. Diese Erfahrungen fanden in einer Grundsatzarbeit „Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe“ (*Petzold, Hentschel* 1991; vgl. *Petzold, Schay, Hentschel* 2004) Ausdruck. Ganz ähnliche Erfordernisse langzeitiger Begleitung finden wir bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, psychiatrischen PatientInnen (*Schleuning, Welschhold* 2000), chronifizierter posttraumatischer Belastungsstörung (*Petzold, Wolf et al.* 2000, 2003), bei Verwahrlosungs- und Devianzkarrieren o. ä., in denen die klassische sozialarbeiterische Einzelfallhilfe (*Galuske* 2001; *Schilling* 1997) zum Einsatz kommt. Mit ihr hat sich auch das „**Casemanagement**“ bzw. „**Fallmanagement**“ entwickelt⁴⁶, was durch die Entwicklungen von „**Managed Care**“ im psychiatrischen und medizinischen Bereich noch gefördert wurde. Managed Care (MC) und Case Management (CM) waren vielfach rein ökonomisch motiviert und sind in dieser dominanten Ausrichtung als eine durchaus umstrittene Praxeologie⁴⁷ zu sehen, die nicht ohne Risiken ist (*Stone* 1999). Durch MC- und CM-Systeme können Berufsgruppen – Psychiater, Sozialarbeiter, Krankenpflegepersonal – in ihrem Selbstverständnis und ihren Handlungsmöglichkeiten z. T. massiv beeinflusst (*Jackson* 1997) und eingeschränkt werden (*Scheffler, Ivey* 1998, *Sturm Klap* 1999). Es stellt sich die Frage, inwieweit ein „Management“ von Krankheit und Leiden, von Menschen, die von diesen Belastungen betroffen sind, gerecht wird und die wie „Fälle“, die kostenminimierend gemanaged werden, der Situation, den Anliegen und den Rechten der Betroffenen entsprechen. Das sind Fragen, die sich

Psychotherapeutinnen, Soziotherapeuten, SozialarbeiterInnen, Psychiaterinnen und Pflegekräfte zu stellen haben, denn die Entwicklungen in den USA können auch hierzulande zum Tragen kommen. Manualisiertes Casemanagement in Soziotherapie, Sozialarbeit, Psychotherapie, Psychiatrie als ein nach standardisierten Case Handbooks festgelegtes Vorgehen, das nur minimale Handlungsspielräume für eine individualisierte Betreuung und Behandlung zulässt, ist nachdrücklich zu problematisieren und abzulehnen. Stattdessen ist ein Casemanagement einzufordern, in dem Prozesse patientInnengerecht und partnerschaftlich unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Erfordernisse und des **PatientInnenwillens** und **-auftrags** (Petzold, Sieper 2007a) fachlich fundiert und möglichst forschungsgestützt begleitet werden – durchaus kostenbewusst, denn auch hier gilt die Maxime: **wissenschaftlich, wirksam, wirtschaftlich, unbedenklich** (d.h. nebenwirkungsfrei, Märten, Petzold 2002). Das oberste Ziel dabei ist, Gesundheit; Lebensqualität (Wacker et al. 2005) und Lebenszufriedenheit mit den Betroffenen zu erreichen, so weit das möglich ist, oder sie zumindest in schadensreduzierender (*harm reduction*, Körner 2003) oder in palliativer, Lebensqualität fördernder Weise (*quality of life*, Wagner 2003) zu behandeln, zu betreuen und zu unterstützen. Dabei sind PatientInnen und KlientInnen unsere PartnerInnen (nicht etwa „Kundinnen“) ⁴⁸. Das erfordert eine Grundhaltung des Respekts (Sennett 2002): vor der persönlichen Würde der PatientInnen (*patient dignity*, Petzold 2000d), ihrer Andersheit (*altérité*, Levinas 1981) ⁴⁹, ihrer *persönlichen Souveränität* ⁵⁰ und ihren spezifischen Werten und Sinnorientierungen (Petzold, Orth 2005). Fragen der ethischen Begründung therapeutischen, beraterischen und sozialinterventiven Handelns sind deshalb bei dieser Thematik unverzichtbar und wurden von integrativer Seite immer wieder aufgeworfen ⁵¹. Casemanagement - Konzeptionen sind deshalb problematisierend zu betrachten, auf ihre expliziten (und impliziten!) normativ-ethischen Grundlagen und ihre Umsetzung in der Praxis zu befragen und ggf. zu korrigieren oder zu ergänzen.

„Case Management oder Unterstützungsmanagement, zunächst als Erweiterung der Einzelfallhilfe in den USA entwickelt, ist zu einer methodischen Neuorientierung in der Sozialen Arbeit und im Gesundheitswesen geworden. Systemische und ökosoziale Perspektiven kommen in dieser Konzeption grundlegend zum Ausdruck. Case Management soll Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen befähigen, unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen. Aufgabe ist es, ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ausgerichtet ist und an deren Herstellung die betroffene Person konkret beteiligt wird. Nicht die Qualitäten als Berater/-in allein sind gefragt, sondern die als Moderatoren mit Letztverantwortung, die im Prozess der Hilfe die Bedürfnisse der Klienten einschätzen, die die Planung und Sicherung der Bereitstellung medizinischer und sozialer Dienstleistungen koordinieren, die Prioritäten setzen und ggf. zukünftig Standards erarbeiten bzw. festlegen und für ihre Einhaltung sorgen. Ziel ist eine Qualitätsgewährleistung, die untrennbar verknüpft ist mit der Sicherung von Konsumentenrechten.“ So die Definition der Fachgruppe Case Management der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) <http://www.case-manager.de>

Diese Definition zeigt eine sozialarbeiterische Ausrichtung, die Klientenrechte einbezieht und die sich deshalb gut mit den Integrativen Ansätzen der „**patient dignity**“ (Petzold 2000d) und mit den Konzepten und Praxen der **prozessoptimierenden Karrierebegleitung** als **Konvoiarbeit** in „**Therapieketten**“ bzw. „**Verbundsystemen**“ verbinden lässt. Diese „Positionen“ der Integrativen Therapie sind zu einer modernen, sozialarbeiterischen „Case Management Philosophy“ sehr gut anschlussfähig, ja liefern für diese mit ihren zentralen Leitideen zur „**Entwicklungspsychologie der Lebensspanne**“, zur „**lebenslangen Identitätssozialisation**“, zum „**lebenslangen Lernen**“ – life long learning, *éducation*

permanente⁵² - nützliche Ergänzungen. Damit kann es zu einer wechselseitigen Bereicherung von moderner Sozialarbeit und Integrativer Therapie kommen, die stets – zumindest in der Drogentherapie, der Arbeit mit Jugendlichen und alten Menschen – SoziotherapeutInnen und PsychotherapeutInnen multiple Rollen und Funktionen zugewiesen hat, wo dies sinnvoll erschien.

Bei ihren Aufgaben der **Beratung, Behandlung, Begleitung, Betreuung, Bildung**, diesen „5 grossen **B's**“ (Petzold 2004o) der *Hilfeleistung* und *Förderung*, die alle unter den ethischen Maximen von „*informed consent, client security, client wellbeing, client dignity*“ stehen (Müller, Petzold 2002), können Helfer durchaus eine übergreifende koordinative Funktion im Rahmen eines Hilfeplans bzw. eines Casemanagements, die mit Helferkonferenzen, Case-Teams o. ä. verbunden sind, übernehmen, nämlich die offizielle oder inoffizielle Rolle von *Case Managern*, wobei sie den aufgeführten Wertsetzungen verpflichtet sein müssen und ihre Arbeit immer wieder kritisch bzw. metakritisch nach den „Ursachen hinter den Ursachen und den Folgen nach den Folgen“⁵³ zu befragen haben, um zu gewährleisten, dass in den durchgeführten Maßnahmen ethische Maßstäbe eingehalten werden (Lachner 2007) und das PatientInnenwohl und der PatientInnenwille als Ausdruck **persönlicher Souveränität** (Petzold, Orth 1998a) an erster Stelle steht. Die „**Grundregel**“ des Integrativen Ansatzes mit ihrer Maxime „für PatientInnen engagiert“ (Petzold 2000a, 2006n) hat hier Leitlinien für die Praxis erstellt. Damit wird einem Casemanager bzw. Prozessbegleiter auch die Aufgabe zukommen, über ethische Standards und das PatientInnen-Wohl im Prozess der Hilfeleistung zu wachen. Das sollte explizit gemacht werden und hat erst ansatzweise in einige der vorhandenen Konzeptionen Eingang gefunden.

„**Case Manager** ist ein junges, aus den USA übernommenes Berufsbild im Gesundheitswesen. Die Position wird vorwiegend von Pflegekräften besetzt, die **im Interesse des Patienten handeln**, um eine durchgängige Behandlung über Sektoren, Fachgebiete und berufliche Kompetenzen hinweg sicher zu stellen. Der Case Manager betreut nicht nur Schnittstellen zwischen Ärzten und Pflegekräften, sondern kommt auch zum Medizincontrolling und den IT-Abteilungen, den Sozialdiensten und der nachstationären Betreuung. Case Manager begleiten Patienten während ihrer Behandlung – in der Regel im Krankenhaus und der Zeit danach.“
http://de.wikipedia.org/wiki/Case_Manager (unsere Hervorhebung)

Diese prinzipiell recht griffige Definition erwähnt zwar das „Patienteninteresse“ – allerdings ohne Genderspezifität!⁵⁴ -, nennt aber den PatientInnenenauftrag (etwa zu Behandlungszielen und Mitteln, Art der Maßnahmen) nicht und sagt nichts über die Mitwirkung der Patientin bzw. des Patienten. Da die Praxis eines konsistenten Casemanagements in weiten Bereichen der Psychotherapie und Soziotherapie noch nicht gegeben ist, nehmen Therapeuten die Aufgabe von Begleitern, Ermutigern, Beratern und Unterstützern bei Organisationsaufgaben oft implizit oder indirekt wahr, wobei die Funktionen thematisiert und mit dem Patienten vereinbart werden müssen. Kommt es dabei zur Koordination mit anderen Helfern, haben wir – die Case-Konzeption terminologisch kontrastierend – von der Rolle der „**process organizer's and facilitator's**“ (POF), des „**Prozessbegleiters**“ gesprochen (Petzold 2000h). Der Plural steht bewusst gewählt, denn in einem den Lebensstil verändernden Prozess kann man in der Regel nicht als einzelner (professioneller) Helfer eintreten. Man braucht Helfer aus dem *kollegialen Netzwerk* und, wo immer möglich, auch Helfer aus dem *sozialen Netzwerk* des Patienten (Verwandte, Freunde). **Process Organizing and Facilitation (POF)** bedeutet „Teamwork“, die Entscheidung der Helfer, als Helfende, Unterstützende, Begleitende im „Konvoi“, dem „Wir-Feld“ des Patienten, auf Zeit mitzugehen. Neben der Abstimmung zwischen den „POFs“ untereinander und mit dem Patienten durch **Polyloge** (ko-respondierender

Austausch nach vielen Seiten, *Petzold 2002c*) in Konferenzen oder Supervisionen ist es sinnvoll, wenn einer in dieser „Mannschaft“ die Funktion zentraler Koordination übernimmt.

Konzept und Begriff „**Prozessorganisator** und **-begleiter**“ gefällt uns dabei viel besser als „**case management**“ und „**case manager**“. Wir haben unsere neuen Begrifflichkeiten mit ihren ethiktheoretischen Bezügen in der Integrativen Therapie als Korrektiv zum „Case-Begriff“ entwickelt. Patienten sind keine „Fälle“, und wir „managen“ auch keine Leben, keine Menschenschicksale. Natürlich hat unsere Vorstellung von „**process organizing and facilitating**“ auch mit dem Gedanken des „**case managements**“ recht viel zu tun, es finden sich bei ihm ja viele nützliche Überlegungen, die man unbedingt beiziehen sollte und zwar sowohl Wissensstände und Modelle aus dem sozialarbeiterischen als auch aus dem psychiatrischen Case Management bzw. Fallmanagement. Der Begriff „**Case/Fall**“ bleibt wegen seines Verdinglichungspotentials, der unreflektierten Machtsimplikate bzw. der implizierten „strukturellen Gewalt“⁵⁵ problematisch. Deshalb haben wir auch Begriffe wie „Fallbericht, Fallsupervision, Einzelfallbetreuung usw.“ aufgegeben, *denn Sprache schafft Fakten* (vgl. für dunkle Zeiten *Klemperer 1947/2007; Petzold 1996j*). Wir haben diese Terme durch „Prozessbericht, Prozess-Supervision etc.“ ersetzt, womit zugleich deutlich wird, dass wir ja auch mit den PatientInnen in Prozessen stehen. Die Sozialarbeit und Soziotherapie teilen, trotz ihrer zumeist gesellschaftskritischen Bewusstheit, mit der Medizin, Psychoanalyse und Supervision Machtdiskurse und -dispositive (*Foucault 1978, 1998*) – Deutungsmacht, Verfügungsgewalt, Verwaltungsauftrag – die dringend der Aufarbeitung bedürften. Als Beispiel für diese Parallelen sei auf die Begriffe „case“ und „compliance“ verwiesen. Ein wichtiger Unterschied im Integrativen Ansatz zu manchen Casemanagement-Modellen (besonders im Bereich der Medizin bzw. Psychiatrie), die trotz anders lautender Aussagen sehr verfügend und fremdbestimmend sind, ist, dass wir auf „**partnerschaftliche Konsensprozesse**“ setzen und keine „**compliance**“ verlangen. Dieser englische Begriff ist dekuvierend. Er bedeutet:

compliance [] s 1. (with)
a) Einwilligung f (in acc), Gewährung f, Erfüllung f (gen)
b) Befolgung f, Einhaltung f (gen): in compliance with einer Vorschrift, einem Wunsche etc gemäß 2. Willfährigkeit f, Unterwürfigkeit f Muret-Sanders Grosswörterbuch Englisch Langenscheidt 2007⁵⁶

Das **Oxford Dictionary** 2007 setzt den Begriff mit **obedience** • n. gleich: **1) compliance** with an order or law or submission to another's authority

Diese Alltagsbedeutungen von **compliance** machen den Begriff für Psycho- und Soziotherapie und die Sozialarbeit unbrauchbar. Letztlich gilt das u. E. auch für Medizin und Pflege.

„Im medizinischen Sinn kann man Compliance also mit **Therapietreue** oder *konsequentem Befolgen* übersetzen, sprich, ob der Patient das tut, was der Arzt ihm vorschreibt. Dies sind jedoch veraltete Vorstellungen von Compliance. In der Pflegewissenschaft wird diese naive Auffassung kritisiert (Evangelista 1999) und eine informierte und autonome Entscheidungsfähigkeit des betroffenen Menschen gefordert, die auch der Rechtslage (Selbstbestimmungsrecht des Patienten) entspricht“.
http://de.wikipedia.org/wiki/Compliance_%28Medizin%29

Trotz dieser Uminterpretation der originären Wortbedeutung ist der Begriff nicht akzeptabel. Schließlich schlagen auch Patienten in Lexika nach. Neuerlich hat man begonnen, den Begriff zu ersetzen durch den der „Adhärenz/Adherence“:

1. (An)Kleben *n*, (An)Haften *n* (beide: **to** an *dat*) 2. *fig.* Anhänglichkeit *f* (**to** an *acc*) 3. *fig.* Festhalten *n* (**to** an *dat*) 4. *fig.* Einhaltung *f*, Befolgung *f* (beide: **to** *gen.* Muret-Sanders Großwörterbuch Englisch Langenscheidt 2007

Viel besser ist dieser neue Term nicht, denn er ist weder sozialpsychologisch noch beziehungstheoretisch konstruiert und begründet, auch wenn man sich um eine inhaltliche Neuorientierung bemüht.

„**Adherence** (engl. **einhalten, beachten, befolgen,**) auch eingedeutscht als **Adhärenz** neuere Bezeichnung für Compliance. Der Begriff wird in der Medizin am häufigsten für die Bereitschaft des Patienten, den wohlwollenden Anordnungen des Arztes Folge zu leisten, verwendet. (Das englische Wort Compliance bedeutet soviel wie Einhaltung, Befolgung aber auch Unterwürfigkeit, Fügsamkeit). Allgemein versteht man in der Medizin unter Compliance den Grad, in dem das Verhalten einer Person – in Bezug auf die Einnahme eines Medikamentes, das Befolgen einer Diät oder die Veränderung eines Lebensstils – mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert. Auch der Begriff «konsequentes Befolgen» könnte gleichbedeutend an die Stelle des Begriffs Compliance treten. Das Gegenteil wird als **Non-Compliance** bezeichnet. Kritik wird an der durch den Begriff implizierten Hierarchie geübt, neuerdings wird der Begriff Compliance zunehmend durch den Begriff **adherence** oder **Adhärenz** (engl. *einhalten, beachten, befolgen,*) ersetzt. Der Patient hält das ein, was er als sinnvoll anerkannt hat. Der Begriff Adhärenz signalisiert also im Unterschied zur Compliance, dass das informierte Einverständnis des Patienten betont wird. Letzteres entspricht besser dem angestrebten modernen partnerschaftlichen Verhältnis zwischen Arzt und Patient. (Mayer, K.C. **Glossar Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie/Neurologie/Neuropsychologie**, 01/24/2008, http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=34

Auch hier klingt der **Diskurs** der Medizinalmacht (*Foucault*) und der psychoanalytischen Definitions- und Deutungsmacht durch. *Freud* verlangte mit seiner „Grundregel“ völlige Offenbarungspflicht vom Patienten, den er dahin bringen wollte, dass "er sich soweit an den Arzt attachiert hat (*Übertragung*), dass die Gefühlsbeziehung zum Arzt die neuerliche Flucht unmöglich macht" (*Freud* 1913⁵⁷). Wir vertreten: Wenn man **Kooperation** meint, soll man auch Kooperation sagen. Wir sehen sie in der Integrativen Therapie gemäß ihrer „Ko-respondenz-Theorie“ (*Petzold* 1978c, 1991e), gegründet in **Ko-respondenz** als „Konsens-Dissens-Prozessen“, in denen ein hinlänglicher **Konsens** gefunden werden kann, der **Konzepte** begründet, die wiederum eine Grundlage für **Kooperation** bieten, welche von gemeinsamem Wollen (Ko-Volitionen) getragen wird. Das belässt die Situationskontrolle (locus of control, *Flammer* 1990) weitgehend beim Patienten oder führt zu einem „shared locus of control“. In den Konsens-Dissens-Prozessen werden der Eigenwille und die „persönliche Souveränität“ gestärkt, zielt man auf ein „**Handeln um Grenzen**“ und „**Aushandeln von Positionen**“⁵⁸. Das macht positive Affiliationen und tragfähige Arbeitsbündnisse möglich, schafft **Angrenzungen** statt **Abgrenzungen**, verhindert **Ausgrenzungen** (*ibid.*, *Petzold, Müller* 2005). Die meisten Casemanagement-Ansätze verfügen über keine beziehungstheoretische und handlungstheoretische Basis, so unverzichtbar für das Handhaben „helfender Beziehung“ im psychosozialen Praxiskontext. Das Übertragungs-Gegenübertragungsmodell ist hier nur teilweise brauchbar und greift ohne sozialpsychologische Ergänzungen – Interaktions-, Kommunikations-, Affiliations-, Bindungstheorie (*ibid.*) –, ohne eine Theorie „differentieller Relationalität“ gänzlich zu kurz⁵⁹. Diese Theorie des Integrativen Modells hat auch für die Sozialarbeit hohe Relevanz, weil der „Patient/Klient als Partner“ gesehen wird (*Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt* 1999), abgesichert durch sozialpsychologisch-forschungsgestützte Modelle und andererseits durch intersubjektive Beziehungstheorie, Dialogizität/Polylogizität (*M. Bakhtin, G. Marcel, E. Levinas*⁶⁰), die die „Andersheit

des Anderen“ als „patient dignity“ und „praktizierten Respekt“ ernst nimmt⁶¹, denn „die *Würde des Patienten ist antastbar!*“ (Petzold 2005h). Der Patient soll ggf. mit seinen relevanten NetzwerkpartnerInnen (Ehefrau, Lebenspartner, Sohn o. a.) „**co-manager**“, „**co-organisator**“ seines Prozesses sein, sein Leben *selbstwirksam*⁶², in selbstbestimmter „Poiesis“ mitgestalten⁶³. Das erfordert „*Karrierebegleitung*“ im **Polylog**, im Gespräch und in der Interaktion mit vielen „care givern“, Helfern, ExpertInnen, durch die der Entschluss begründet und der **festen Wille** erreicht wird: „*So kann es und soll es nicht weitergehen!*“ Dann ist es vielleicht möglich, dass es zu einem Prozess der **Veränderung** eines „**süchtigen Lebensstils**“ in seiner „**Karriere**“ kommen kann, weil der Patient entschieden ist (*decision*), beim „Organisieren und Fördern des Veränderungsprozesses“, beim „**Process Organizing and Facilitation**“ (**POF**) aktiv und verantwortlich mitzuwirken, das auch in seiner Lebenspraxis umsetzt (*conversion*) und durchhält (*persistence*). – Man sieht hier immense Bedeutung, die im Integrativen Ansatz „Wille und Wollen“, d. h. der *dezisionalen* Fähigkeit des Entscheidens, der *konversiven* des Umsetzens und der *persistiven* des Durchhaltens, der Übernahme von Verantwortung zugeschrieben wird⁶⁴. Es geht eben nicht um „**compliance**“, Botmäßigkeit, Willfährigkeit, Unterwerfung, darum „das Wollen eines anderen Wollens wollen zu wollen“ (Petzold 2001i), sondern selbstbestimmt, einsichtsgegründet, „souverän“ mit dem Helfersystem zusammen zu arbeiten. Wird hier der Patient durch fehlende Willenskraft durch Entscheidungsschwächen, Unvermögen des Umsetzens und Durchtragens beeinträchtigt, müssen seine Pathologien ggf. Teil der Psycho- und durchaus auch der Soziotherapie (Velt 2007) in der Prozess- bzw. Karrierebegleitung werden. Diese Erkenntnisse haben schon früh unsere Behandlungen bestimmt, und die ersten Karrierebegleitungen mit sehr schwierigen drogenabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (aus heutiger Sicht hatten viele „Doppeldiagnosen“ z. B. ADS, BPS, PTBS), wie das Programm, die „philosophy“, der ersten Therapeutischen Gemeinschaft für Drogenabhängige, die wir ins Leben gerufen haben, zeigt – formuliert zusammen mit den PatientInnen in der Emphase des 68er-Klimas.

»Vier Schritte sind notwendig, um Dich zu finden, um Menschen zu begegnen und die Welt in den Händen zu haben. Vier Schritte musst Du tun auf einem neuen Weg mit neuen Zielen, auf unserem Weg. Vier Schritte musst Du gehen – a l l e i n e aber nicht e i n s a m. Wir sind mit auf dem Weg. **1.** Schritt: Aus Deinem alten Leben – ENTSCHEIDUNG ... **2.** Schritt: In die Gemeinschaft – BEGEGNUNG ... **3.** Schritt: Zu Dir selbst - WACHSTUM ... **4.** Schritt: Auf die Welt zu – VERANTWORTUNG Nimm Deine V e r a n t w o r t u n g! Du kannst sie tragen«
 (Aus der „philosophy“ von „**LES QUATRE PAS** – Vier Schritte – Four Steps“, der ersten von Petzold 1967/68 begründeten Therapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige in Europa, H. Petzold und die WG-Bewohner Frühjahr 1968, noch vor den Maiunruhen, an denen die WG teilnahm, 1969c, repr. 1974I, 524f und in Orth, Petzold 2004).

6. Strategien der Hilfeleistung in begleiteten, „problematischen Karrieren“ - Social Support und Empowerment

Hilfeleistung für PatientInnen wird im Integrativen Ansatz an den Konzepten des „lebenslangen Lernens“ und an einer „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ ausgerichtet und methodisch als „**Karrierebegleitung**“ durchgeführt, die eine spezifisch soziotherapeutische Aufgabe ist und durch ein systematisches „optimal process facilitation“ bzw. eine langfristig angelegtes „case management“ Nachhaltigkeit gewinnen könnte gegenüber den unsystematischen, eher zufälligen Karrierebegleitungen, die sich in Verbundsystemen „ergeben“, weil MitarbeiterInnen

verschiedener Verbundeinrichtungen sich bei bestimmten PatientInnen über die Aufgabe ihrer spezifischen Hilfsagentur hinaus engagieren. *Okkasionelle Begleitungen* bieten natürlich geringere Supportmöglichkeiten als *systematische Begleitungen* nach dem Prinzip „*keeping contact*“ (Petzold, Hentschel 1991) in einer formellen Karrierebegleitung, bei der eine Hilfsagentur, z. B. eine Drogenberatungsstelle, einen Patienten/Klienten „adoptiert“, mit ihm einen Hilfeplan erstellt, dann einen Mitarbeiter als verantwortlichen „Prozessbegleiter“ (process facilitator, case manager) benennt, der die Karriere verfolgt, auch „aufsuchend“ begleitet und versucht, die jeweils notwendigen und möglichen soziotherapeutischen und sozialarbeiterischen Maßnahmen zu gewährleisten und zu koordinieren (z. B. ambulante Beratung oder Behandlung, niedrigschwellige Unterstützung, Substitution, hochschwellige Therapie stationär, rehabilitative Förderung bei Wohnungsbeschaffung und Arbeitsplatzsuche etc.). Dabei wird folgendes Karrierekonzept zu Grunde gelegt:

„Unter **Karriere** (von spätlat. *carraria* = Fahrweg, frz. *carrière* = [positive] Laufbahn) wird sozialwissenschaftlich das über längere Strecken der Lebensspanne betrachtete Entwicklungs- und Sozialisationsgeschehen mit seinen *salutogenen*, *pathogenen* und *defizitären* Einflüssen verstanden, in dem Mikrosegmente von Wochen und wenigen Monaten, Mesosegmente von Monaten und Jahren differenziert werden können, in welchen sich funktionale und dysfunktionale Lebensstile (*life styles*) ausbilden. Für die Gesamtkarriere eines Lebensverlaufes bietet die Sicht eines 'lifespan developmental approach' den konzeptuellen Hintergrund und zwar unter *retrospektiver* (Vergangenheitsanalyse), *aspektiver* (Gegenwartsassessment) und *prospektiver* (Zukunftsorientierung) Betrachtung. Die Karriereperspektive wird durch die longitudinale Entwicklungsforschung empirisch bestens abgestützt und verlangt nach Strategien der pathogensevermindernden bzw. -beseitigenden *Hilfeleistung* und der salutogeneseorientierten *Entwicklungsförderung*, die als **Karrierebegleitung** in einem longitudinal ausgerichteten Konzept von nachhaltiger Hilfe **und** Förderung den individuellen Entwicklungsprozessen entsprechende Interventionsmaßnahmen und Agenturen der Hilfeleistung und Förderung zur Verfügung stellen. Damit sind klinische, sozialtherapeutische und sozialpädagogische *Verbundsysteme* bzw. multipel vernetzte und nicht-linear organisierte *Therapieketten* erforderlich, um für die PatientInnen und KlientInnen und ihre persönlichen sozialen Netzwerke und Konvois – seien sie nun beschädigt oder nicht – für ausreichende Zeit professionelle Begleitung als 'convoy of support and empowerment' an die Seite zu stellen, damit Negativkarrieren eine neue, positive Orientierung erhalten können. Bei den zum Teil höchst desolaten *Karriereverläufen* von Suchtkranken, aber auch von Menschen mit psychiatrischen Problemen, Karrieren, die schwere Schädigungen der Persönlichkeit und ihrer Netzwerke/Konvois im Gefolge hatten, erscheint das Konzept der **Karrierebegleitung** in differenzierten und flexiblen Verbundsystemen, eine der wenigen Antworten, die für die Betroffenen hinlängliche Chancen und nachhaltige Wirkungen für ein gesünderes, besseres Leben bieten können und die Solidargemeinschaft von immensen Kosten für chronifizierte Krankheitskarrieren entlasten könnten. Karrierebegleitungen zielen auf die Veränderung '*dysfunktionaler Lebensstile*', unterstützt von Strategien der '**Prozessorganisation**' (vgl. case management) und '**Prozessförderung**' (process facilitation)“ (Petzold 2000h; Scheiblich, Petzold 2006).

Soziotherapie als Karrierebegleitung mit „intermittierenden“ Behandlungssequenzen - ganz wie es die Motivation und die Situation des Klienten zulässt - bedarf der empirischen Forschung (Petzold 2006r) und gleichzeitig der systematischen Dokumentationen – durch den Prozessbegleiter und durch den Klienten/Patienten selbst, etwa indem man ihn ermutigt, ein „Karrieretagebuch“ zu beginnen und zu führen, ähnlich, wie es in der Integrativen Therapie mit den PatientInnentagebüchern oder Lehranalysetagebüchern der Fall ist⁶⁵. Das hat für das konkrete therapeutische Prozedere Auswirkungen: Es muss nämlich mit den PatientInnen retrospektiv-reflexiv an einem Wissen über ihre Karriereverläufe gearbeitet werden, damit sie den bisherigen Verlauf verstehen lernen, um dann den künftigen Verlauf *prospektiv* und *proaktiv* in den Blick zu nehmen und mit ihnen an ihrer Fähigkeit zu arbeiten, Hilfeangebote adäquat zu nutzen, auf ihren Karriereverlauf planend und steuernd

einzuwirken in beständiger Nutzung, Wiederherstellung und Entwicklung ihrer „Regulationskompetenz“ (Scheiblich, Petzold 2006). Es ist hier neben *therapeutischer* Motivationsarbeit *psychoedukative* Informationsarbeit erforderlich und eine Art „Karriere-Coaching“ (vgl. Schmid et al. 2007). Die Patienten müssen beraten werden, wie sie mit ihrer Karriere umgehen, **Karrieresegmente** nutzen oder planen. Ein solches „Coaching“ – ohne therapeutischen Anspruch – kann durchaus Abstürze vermeiden, lebenspraktische Entscheidungen unterstützen (Petzold 2006r). PatientInnen müssen den Prozesscharakter in ihrem Krankheitsgeschehen und in ihren Verlaufskarrieren **wahrnehmen** und **erfassen**, **verstehen** und **erklären** lernen: die Negativerfahrungen (*chain of adverse events*), die Defiziterfahrungen (*chain of deficits*), die Positiverfahrungen (*chain of protective events*, Petzold 2003a; Petzold, Goffin, Oudhoff 1993), um sich auf diese Weise Möglichkeiten ihrer Prognose und ihrer Zukunft auseinander zu setzen, Ziele und Befürchtungen in den Blick zu nehmen und mit wachsender „**antizipatorischer Kompetenz**“ in der Gegenwart „**proaktiv**“ für ihre Zukunft zu arbeiten (Petzold 2005o; Petzold, Orth et al. 2008). **Intermittierende Therapie** in einer „begleiteten Karriere“ macht eine differentielle und situationsspezifische „prozessuale Diagnostik“⁶⁶ in der Therapie im Rahmen der prozessbegleitenden Arbeit erforderlich. Diese findet ja auch in bestimmten Segmenten einer Karriere statt. So gibt es Karrieresegmente mit und ohne Therapie. und die, in denen therapeutische Einflüsse zum Tragen kommen, haben ein mehr oder weniger großes Potentiale auf die Gesamtkarriere Einfluss zu gewinnen. Das jeweilige positive, aber auch negative *Segmentpotential* herauszufinden und zu nutzen, Ziele zu finden und gezielt anzugehen (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998), die in dem gegebenen Segment realisierbar sind und weiterführen, wird Aufgabe einer differenzierten Diagnostik im Prozess und für den Prozess. Sie kann und muss dazu beitragen, Ziele „angemessen“ zu realisieren, ohne dass es zu Überforderungen kommt. Die Angemessenheit, der „*Zielrealismus*“ führt zu Erfolgen und hilft, Scheitern zu verhindern – denn das Scheitern verbraucht Motivation und verschleißt Vertrauen in die Therapie, kostet auch Selbstvertrauen und vermindert Chancen weiterer Behandlungen. Ein differentielles Vorgehen ist deshalb erforderlich und schematisierende Anwendungen verbieten sich (was auch gegen *strikte* Manualisierung spricht und für „halbstrukturierte“ Behandlungs- bzw. Begleitungspläne), denn was bei dem einen *Resilienz* fördert (raue Sozialisationsbedingungen etwa), mag für den anderen zu Schäden führen. Für diese Arbeit der soziotherapeutisch begleiteten Karriere brauchen PatientInnen Unterstützung von ihren Helfern und Begleitern. Sie müssen von ihnen das Gefühl und die Gewissheit vermittelt bekommen, *partnerschaftlich* von *professionellen Experten* beraten zu werden, wie sie mit ihrer Karriere umgehen, *Karrieresegmente* nutzen oder planen sollen, denn die Segmente haben oft ein *spezifisches Veränderungspotential*, dass es herauszufinden gilt. Die Begleiter wiederum brauchen die *Expertise der Patienten* als Kenner ihres eigenen Prozesses, ihrer besonderen Vulnerabilitäten und Gefährdetheiten, aber auch ihrer eigenen *Ressourcen*, *Selbsthilfepotentiale*, *Resilienzen* – wie chaotisch auch immer –, um eine optimale Unterstützung zu geben. Wir haben immer vertreten, diese „doppelte Expertenschaft“ zu nutzen (Petzold 1990i). Vielleicht kommen mit Angehörigen und Freunden noch „Experten aus dem Konvoi“ hinzu, denn sie sind meist wertvolle und oft wenig beachtete Ressourcen, wie schon *Vygotskij* gesehen hatte. Eine wirkliche Mitwirkung des Betroffenen bei der Therapie im Sinne eines „*empowerments*“ und „*enrichments*“ führt zum Aufbau persönlicher Souveränität. Genau das aber war *Vygotskij*s Arbeitsprinzip, der als der erste „Ressourcentheoretiker“ gelten kann, denn er fokussierte auf die Stärken der Patienten, nicht auf die Schwächen (*Lurija*

1993, 65). Ein solches „*coaching for empowerment*“, mit einer *positiven Attribution* von „Gelingen“ – besonders im Kontext eines **POF**, allerdings ohne klinisch-therapeutischen Anspruch – kann durchaus Abstürze vermeiden, lebenspraktische Entscheidungen unterstützen. Es ist eine Beratungs-, Behandlungs- Begleitungsarbeit aller beteiligter Helfer – Sozialarbeiter, Psychotherapeuten, Soziotherapeuten, KreativtherapeutInnen usw. –, die die vielfach durchaus vorhandene lebenspraktische Kompetenz von Abhängigen ernst nimmt und partnerschaftlich zu nutzen versucht.

Dafür sind die Gemeinsamkeiten in der **Praxeologie** wesentlich, geteilte und von allen angewandte, leitende Handlungsstrategien, die in der Psychotherapie, Soziotherapie, Sozialarbeit, Agogik weitgehend übereinstimmen (die erste Strategie ausgenommen), wenn auch in unterschiedlicher Zupassung (*Petzold 1997c, S. 78/79*). Wo eine solche „kollegiale Passung“ nicht vorliegt, kann es zu Schwierigkeiten kommen und ist Supervision angesagt (*Petzold 2007a*).

Wir haben für sozial-interventives Handeln sechs Strategien herausgearbeitet (*Orth, Petzold 1995*), wobei besonders die nicht-kurativen Strategien (4-6) im Aufgabenspektrum der Soziotherapie liegen:

- **Curing**: Heilen, wo die eigenen Hilfemöglichkeiten nicht mehr greifen und professionelle Hilfe unverzichtbar ist (Patientenstatus), wobei noch vorhandene Potentiale genutzt und gekräftigt werden müssen;
- **Coping**: Bewältigen, wo die Wiederherstellung von Gesundheit, der Wiedergewinn von Verlorenem nicht mehr möglich ist und (Patienten- und Klientenstatus) man lernen muss, mit Beeinträchtigungen weiterzuleben und ein Optimum an Lebensqualität zu realisieren;
- **Support**: Stütze, wo Ressourcen mobilisiert und Hilfestellungen aus dem sozialen Netzwerk oder von professionellen Helfern aktiviert werden müssen (Klientenstatus);
- **Enlargement**: Erweiterung des Horizontes und Handlungsspielraumes, wo Potentiale und Ressourcen nicht gesehen oder nicht optimal genutzt wurden, der Spielraum der Persönlichkeit eingeschränkt war (Klientenstatus);
- **Enrichment** als Erweiterung der persönlichen Potentiale, Erschließung neuer Ressourcen und als grundsätzliche Kreativierung (Klientenstatus wandelt sich zum Status des aktiv Lernenden in gleichberechtigter Partnerschaft);
- **Empowerment**: Selbstermächtigung als Förderung der Mündigkeit, Selbstbestimmtheit, Wirkungsmacht, Souveränität, durch die Menschen ihre eigene Sache in die Hand nehmen, Initiativen ergreifen, ihre Interessen vertreten und durchsetzen im Status autonomer Subjekte, deren Partnerschaft es zu gewinnen gilt.“ (*Petzold 1997c, 78f*)

Beispielhaft seien aus der Metatheorie ethische Maximen genannt, die von uns eingeführt wurden: „**Client dignity**“, „**patient wellbeing**“ (*Petzold 1985d, 2005h; Müller, Petzold 2002*). Aufgenommen haben wir in unser Empowermentverständnis (*Orth, Petzold 1995*) die Konzeption von *F. Regner* (2005) eines „**normativen Empowerments**“ (*Petzold, Regner 2005*), die von ihm mit spezifischen Strategien der Intervention für politisch Traumatisierte erarbeitet wurde. Wir vertreten diese Idee mit einem Konzept von „**normativ-ethischem Empowerment**“ als Vermitteln eines Bewusstseins dafür, dass KlientInnen Rechte haben und Helfer ihnen bei der Wahrung dieser Rechte Unterstützung und Solidarität geben müssen und zwar in einem über die Traumaarbeit hinausgehenden, erweiterten Verständnis für breitere Zielgruppen, nämlich solchen, mit denen in der Sozialarbeit, der Sonder- und Heilpädagogik, der Sozialgerontologie, der Pflege, der Sozio- und Psychotherapie o.ä. gearbeitet wird:

»**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: auf einer möglichst umfassend informationsgestützten Basis, ausgerichtet an generalisierbaren, rechtlichen und ethischen Positionen (Grundrechte/Menschenrechte, Völkerrecht, Konventionen zum Schutz unserer Lebenswelt etc.) und im gleichzeitigen Bemühen um die Gewährleistung ihres Sicherheits-, Rechts- und Freiheitsraumes. NEP vermittelt den „Muth, sich seines e i g e n e n Verstandes zu bedienen“ (*I. Kant*), ein Bewusstsein, für das „Recht, Rechte zu haben“ (*H. Arendt*), sensibilisiert für die „Integrität von Menschen, Gruppen, Lebensräumen“ (*H. Petzold*), baut Souveränität, Solidarität, Zivilcourage auf, erschließt Möglichkeiten der Informations- und Ressourcenbeschaffung, so dass die Betroffenen als Einzelne und als Kollektive die Kompetenz und Kraft gewinnen, durch kritische Vernunft, mitmenschliches Engagement und Rekurs auf demokratische Rechtsordnungen begründete *normativ-ethische Entscheidungen* für sich, andere Betroffene, das Gemeinwesen zu fällen, ihre Umsetzung zu *wollen* und für ihre assertive Durchsetzung einzutreten. 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*).

Jüster (2007) bemerkt hier zu Recht: „Spätestens hier führt uns der Weg aus dem Therapeutenzimmer hinaus, in die konkrete Lebenswelt des Klienten hinein, wie sonst könnte man Interventionen zur Förderung der 'supportiven Valenz der Lebenswelt' gestalten? Hier wird dann 'Praxeologie' erforderlich, eine 'Wissenschaft von der Praxis zur Begründung von Praxis'“ (*Jüster 2007, 510, vgl. Orth, Petzold 2004*).

„**Praxeologie** wird gesehen als Theorie der Praxis einer ‚engagierten und eingreifenden Wissenschaft‘ und als die kunstvolle und kreative Verschränkung von Theorie und Praxis, von Praxis und Theorie Methodengegründete Praxeologien sind durch Erfahrung, systematische Beobachtung und methodisches Erproben erarbeitete, in sich hinlänglich konsistente Formen und Wege praktischen Handelns. Durch Methoden, die als solche reflektiert wurden, sind Wissensbestände entstanden, ein Praxiswissen. Aus diesem können im Prozess seiner Elaboration theoretische Konzepte und Konstrukte generiert werden, die sich zu Theorien von zunehmender Komplexität entwickeln können, welche wiederum in die Praxis zurückwirken und diese zu verändern vermögen. Gleichzeitig werden auf der Grundlage elaborierter und damit konsistenter Praxis erst Forschung und Maßnahmen der Qualitätssicherung bzw. -entwicklung möglich, die für die Entwicklung von Verfahren, einer Disziplin und von Professionalität grundlegend sind. Theoriegegründete Praxeologie lässt sich bestimmen als eine theoriegeleitete, systematische Praxis in angewandten Humanwissenschaften, in welchen Praxis und Theorie sich in reflektierter Weise forschungsgestützt durchdringen“ (*Petzold 2002h*).

Integrative Soziotherapie versteht sich somit als praxeologisch fundierte psychosoziale Intervention, die sozial- und gesundheitspsychologisch orientiert ist und damit soziale Unterstützung in Stress- und Krisensituationen bzw. -bewältigung aber auch in der Gesundheitsförderung bereitstellen kann, wie das übergreifende Modell des „social Supports“ von *Petzold/Petzold (1993a, 470)* veranschaulicht.

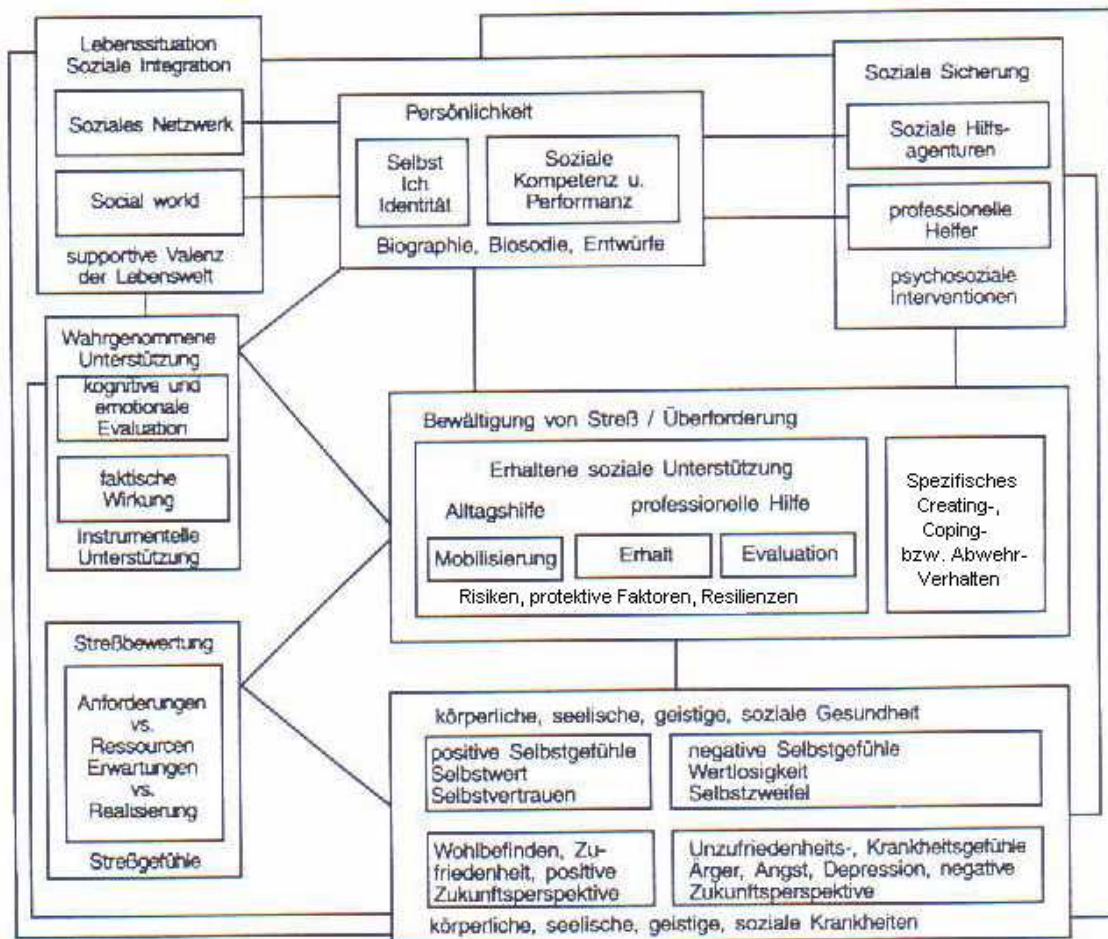


Abb. 2: Soziale Unterstützung, soziale Situation in Kontext/Kontinuum, psychosoziale Intervention und Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden. Aus: Petzold, Petzold 1993a, 470; Petzold 2003a, 1280)

In einer solchen Rahmenkonzeption, die auch anthropologische und persönlichkeits-theoretische Konzepte sowie gesellschaftliche Zusammenhänge berücksichtigt, ist es möglich, den Patienten, die Klientin nicht nur als passives Objekt sozialstaatlicher Maßnahmen zu sehen, sondern als **Souverän seines eigenen Lebens**. In einem Rückgriff auf ein solches Modell mit seinem elaborierten, theoretischen, sozialwissenschaftlichen und klinischen Hintergrund können Soziotherapie, Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin viel gewinnen im Interesse der Patienten und Patientinnen, unserer PartnerInnen.

Zusammenfassung: INTEGRATIVE SOZIOThERAPIE - zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung

Die Arbeit stellt das Konzept der Soziotherapie vor, wie sie im Rahmen des Integrativem Ansatzes als eigenständigen Weg psychosozialer Hilfeleistung entwickelt wurde, der zwischen Medizin und Sozialarbeit, Psychotherapie und Agogik (Bildungsarbeit) angesiedelt ist und eine **biopsychosoziale** Ausrichtung hat. Historische Hintergründe, gegenwärtige Entwicklungen werden aufgezeigt, insbesondere die Idee des Casemanagements und des Case Managers, in der Bedeutung leicht umakzentuiert als „optimierende Prozessbegleiter“ (u.a. um das verdinglichende „Fall“ zu vermeiden). Es wird die weniger verdinglichende Idee der „optimalen Prozessbegleitung und -förderung“ und des „Prozessbegleiters“ im konzeptuellen Rahmen des Integrativen Ansatzes vorgestellt.

Schlüsselwörter: Soziotherapie, Theorie und Methodik, Case Management, Prozessoptimierung, Prozessbegleiter und -manager

Summary: INTEGRATIVE SOCIOThERAPY – Between Social Work, Agogics, and Psychotherapy. Connecting Models of Help and Development for Optimal Process Guidance

This article presents the concept of sociotherapy, developed within the Integrative Approach as an original "pathway of psychosocial help", which is situated between medicine and social work, psychotherapy and agogics (educational practice) being rooted in a **biopsychosocial** approach. The historical and current developments are depicted, particularly the concepts of "Casemanagement" and "Case Manager" which is reaccentuated with a slight shift in meaning to "optimal process facilitator" (a.o. to avoid the reifying word "case"). The less alienating idea of "process facilitation and optimizing" and of a "process optimizer" is presented within the conceptual framework of the Integrative Approach.

Keywords: Sociotherapy, Theory and Methods, Case Management, Process Optimizing, Process Facilitator and Manager.

Literatur in Auswahl:

Die von Petzold und MitarbeiterInnen zitierten Arbeiten finden sich in:

Petzold, H.G. (Update Dezember 2007): „Gesamtbibliographie Hilarion G. Petzold 1958 – 2007. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 01/2007.

Petzold, H.G. (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2. Paderborn: Junfermann. 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.

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

Petzold, H.G. (2007a): Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. erw. Aufl. 520 Seiten

*Petzold, H.G. (2007p): Trauer, Trost, Trostarbeit - Über sanfte und heftige Gefühle und ihre soziokulturellen Kontexte und Hintergründe – kulturtheoretische Überlegungen. *Thema Pro Senectute* (Wien, Graz): Heft 3, 8-39. Auch erw. als 2008e in *POLYLOGE* 2008.*

*Petzold, H. G. (2008b): „Mentalisierung“ an den Schnittflächen von Leiblichkeit, Gehirn, Sozialität: „Biopsychosoziale Kulturprozesse“. Geschichtsbewusste Reflexionsarbeit zu „dunklen Zeiten“ und zu „proaktivem Friedensstreben“ – ein Essay. In: [FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* – Jg. 2008. Und in: *Thema. Pro Senectute Österreich, Wien/Graz, Geschichtsbewusstsein und Friedensarbeit* - eine intergenerationale Aufgabe. Festschrift für Erika Horn.*

Petzold, H.G., Orth, I. (2005a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.

Petzold, H.G., Sieper, J. (2007a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bde. Bielefeld: Sirius, Aisthesis.

Bakhtin, M.M. (1979): Estetika slovesnogo tvorchestva. Hrsg: S.G. Bocharov. Moscow: Iskusstvo.

Bakhtin, M.M. (1981): The Dialogic Imagination: Four Essays. Hrsg. Holquist, Übers. Caryl Emerson and Michael Holquist. Austin: Univ. of Texas Press (orig. russ. 1975).

Bakhtin, M.M. (1986): Speech Genres and Other Late Essays. Übers. Vern W. McGee, Hrsg. Caryl Emerson and Michael Holquist. Austin: Univ. of Texas Press.

*Bergeron, M. (1963): Les conceptions psycho-biologiques de H.Wallon. *Psychiatrie de l'Enfant* VI, 2, 539-562.*

Bourdieu, P. (1980): Le sens pratique. Paris: Éditions de Minuit; dt. (1987): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (1993): La misère du monde. Paris: Éditions du Seuil; dt. (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: UVK

Bourdieu, P. (1998): Gegenfeuer. Konstanz: UVK

- Dürkop, M., Orywa, R. (1989) Alice Salomon in ihren Schriften: Eine Bibliographie. Berlin: Verlag der Alice-Salomon-FHS.
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2000) Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Galuske, M. (2001): Methoden der Sozialen Arbeit. 3. überarb. u. erw. Aufl. Weinheim, München: Juventa Verlag
- Gölz, J. (1995): Der drogenabhängige Patient. München: Urban und Schwarzenberg.
- Grawe, K. (2005a): Alle Psychotherapien haben auch ihre Grenzen. NZZ 23.10.2005, 78.
- Grawe, K. (2005b): (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeuten Journal* 1, 4-10.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, P. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Happel, H.-V. (1988): Selbstorganisierte Wege aus der Drogenabhängigkeit. *Suchtgefahren* 34, 491-496.
- Jackson, V. (1997): Training the trainees. *Administration and Policy in Mental Health* 1, 37-40
- Kölbl, C. (2006): Die Psychologie der kulturhistorischen Schule. Vygotskij, Lurija, Leont'ev. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Körner, M. (2003): Zur "harm reduction" in Deutschland und den Niederlanden. München: GRIN.
- Krisor, M. (2005): Aufgehoben in der Gemeinde. Entwicklung und Verankerung einer offenen Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Löcherbach P., Klug, W., Rimmel-Faßbender, R., Wendt, W.R. (2005): Case Management - Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. München: Reinhardt.
- Lorenz, R. (2004): Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. München: Ernst Reinhardt.
- Marková, I. (2003): Dialogicality and Social Representations: The Dynamics of Mind. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marlatt, G.A. (1998). Harm Reduction. New York: The Guilford Press.
- Mühlum, A. & Gödecker-Geenen, N. (2003). Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München: Reinhardt (UTB).
- Neuffer, M. (2005): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien (Grundagentexte Soziale Berufe). München: Juventa
- Niehoff, J-U. Abholz, H. H., Braatz, F. (2006): Sozialmedizin systematisch. Bremen: Uni-Med.
- Orth, I. (2007): Genderperspektiven. In: Sieper, Orth, Schuch (2007) 401-405, 446-447.
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. München: Reinhardt (2., neu bearb. und erw. Auflage).
- Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim: Juventa Verlag.
- Salomon, A. (1926/2004): Soziale Diagnose. In: Salomon, A.: Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Ausgewählte Schriften. Bd. 3: 1918–1948. Hg. A. Feustel. Neuwied Luchterhand. S. 83–126. (Originalausgabe 1926).
- Salomon, A., Wronsky, S. (1926): Soziale Therapie. Ausgewählte Akten aus der Fürsorgearbeit. Berlin.
- Schaub, A.-H., Bungenstock, A., Flessner-Schaub, L. (1997): Psychosoziale Rehabilitation in der Sozialpsychiatrie. Stuttgart: Schattauer.
- Schaverien, J., Case, C. (2007): Supervision of Art Psychotherapy: A Theoretical and Practical Handbook (Supervision in the Arts Therapies) New York: Routledge.
- Scheffler, R., Ivey, S. L. (1998): Mental Health Staffing in Managed Care Organizations: A Case Study. *Psychiatric Services* 10, 1303-8.
- Scherenberg, V. (2003): Patientenorientierung - Compliance und Disease Management Programme. Verlag für Wissenschaft und Kultur.
- Schilling, J. (1997): Soziale Arbeit. München: Reinhardt
- Schleuning, G., Welschhold, M. (2000): Modelprojekt Psychiatrisches Casemanagement. Sektorbezogene Untersuchung einer Gruppe von psychisch schwer und chronisch

- Kranken unter den Bedingungen ... Behandlung im außerstationären Bereich. Baden Baden: NOMOS Verlagsgesellschaft
- Schmid, E., Weatherly, J. N., Meyer-Lutterloh, K. (2007): Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Casemanagement. Berlin: MvV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schneider, W. (1988): Zur Frage von Ausstiegchancen und Selbstheilung bei Opiatabhängigkeit. Auswertung von Ergebnissen aus Langzeitforschung. *Suchtgefahren* 34, 472-490.
- Schüler, A. (2004): Frauenbewegung und soziale Reform. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Seligman, M.E.P. (1979): Erlernte Hilflosigkeit. München: Urban & Schwarzenberg.
- Sennett, R. (2002): Respekt im Zeitalter der Ungleichheit. Berlin: Berlin Verlag.
- Sieper, J. (2006): „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu ko-respondierendem Diskurs. *Integrative Therapie* Heft 3/4 (2006)) 393-467 und in Sieper, Orth, Schuch (2007) 393 - 467.
- Sieper, J. (2007b): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61
- Sieper, J. (2007c): Agogische Bildungsarbeit, pädagogische Perspektiven. In: Sieper et al. (2007) 449-456.
- Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (Hg. 2007): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.
- Stein, M. (2007): Soziale Beziehungen und Lebenszufriedenheit im Alter in Abhängigkeit von der Lebenswelt: Ein Vergleich von Frauen aus Einrichtungen des betreuten Wohnens und von alleinlebenden Frauen. Herzogenrath: Shaker.
- Stone, A. A. (1999): Managed Care Liability and Erisa. *Forensic Psychiatry* 1, 17-29.
- Sturm, R., Klap, R. (1999): Use of Psychiatrists, Psychologists, and Master's-Level Therapists in Managed Behavioral Health Care Carve out Plans. *Psychiatric Services* 4, 504-8.
- Tagay, S., Erim, Y. et al. (2005): Was sagt die Lebenszufriedenheit über den psychischen Zustand eines Menschen aus? *Psychother. Psych. Med.* 55. DOI: 10.1055/s-2005-863569.
- Thole, W. (2002): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Opladen: Leske und Budrich.
- Vygotskij, L.S. (1978): *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Vygotskij, L.S. (1992): Geschichte der höheren psychischen Funktionen. Reihe: Fortschritte der Psychologie. Band 5. Hamburg, Münster: LIT Verlag.
- Wacker, E., Wansing, G., Schäfers, M. (2005): Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität - Teilhabe mit einem Persönlichen Budget. Wiesbaden: DUV.
- Wagner, G. (2003): Lebensqualität und Zufriedenheit von Patienten und ihren Angehörigen mit ambulanten palliativmedizinischen Unterstützungsangeboten. Eine Literaturübersicht. *Z. Allg. Med.* 79, 28-31
- Waller, H. (2006): Sozialmedizin. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wendt, W.R./Löcherbach, P. (2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. *Economica*.
- Wolfersdorf, M., Heindl, A. (2003): Chronische Depression. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen. Lengerich: Pabst.
- Zazzo, R. (1975): *Psychologie et marxisme. La Vie et l'oeuvre d'Henri Wallon*. Paris: Gonthier.

¹ Aus der „**Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit**“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen [mailto: forschung.eag@t-online.de](mailto:forschung.eag@t-online.de), oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative.Therapie.de>) und aus dem „**Department für Psychotherapie und psychosoziale Medizin**“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Krems, <mailto:Leitner@Donau-Uni.ac.at>), Master of Science Lehrgang „Supervision“ (wissenschaftl. Leitung: Univ.-Prof. Dr. H. G. Petzold), **Donau-Universität Krems**.

² In unserer Arbeit vertreten wir grundsätzlich einen genderbewußten Ansatz (*Petzold* 1998h; *Gahleitner, Ossola* 2007, *Orth* 2007), der für uns auch impliziert, dass nicht alle Aussagen in gleicher Weise aus männlicher und weiblicher Perspektive gemacht werden können, also ein bewusster und differentieller. „gendersensibler“ Umgang mit Sprache erforderlich ist und auch die Sprache selbst in ihrer ästhetischen Dimension berücksichtigt werden muss (*Petzold, Sieper* 1998). Wir verwenden deshalb gezielt – statt einer einseitigen Festlegung - wechselnd und differentiell das männliche oder weibliche Genus, Doppelformulierungen und das Binnen-I, um diese Position zu kennzeichnen.

³ *Petzold* 1973c, 1987c, d; *Petzold, Orth* 1985/2005, 1990a/2006.

⁴ *Antonowsky* 1987; *Petzold, Schuch* 1991

⁵ *Petzold* 1967, 1979c, 2006p; *Petzold, Zander* 1985

⁶ *Niehoff et al.* 2006; *Waller* 2006; *Schaub et al.* 1997

⁷ *Petzold* 1997c; *Petzold, Petzold* 1993a mit Schwerpunkten im Suchtbereich *Petzold* 1974b, *Petzold Schay, Scheiblich* 2006, im Gerontobereich *Petzold* 1977g, 1985a, 2004a, *Petzold, Müller* 2005 und ,)

⁸ *Petzold* 1965, 1973c; *Petzold, Bubolz* 1976, 1979; *Petzold, Reinhold* 1983

⁹ *Petzold* 1988h, 1999b; *Sieper* 2007b, c

¹⁰ *Petzold* 1971, 1991a/2003a, 2006ü

¹¹ *Petzold, Sieper* 2004, 2007d; *Petzold* 2007k; *Kölbel* 2006

¹² *Petzold* 1967, 3; vgl. *Sieper* 2007; *Jüster* 2007

¹³ *Mühlum, Gödecker-Greenen* 2003; *Pauls* 2004

¹⁴ *Sieper et al.* 2007, 449-456; *Petzold, Sieper* 1970, *Sieper, Petzold* 1993; *Holzapfel* 2007

¹⁵ *Petzold* 1965; 2007h; *Orth, Petzold* 2000

¹⁶ *Sieper* 2006; *Petzold* 2001a, *Sieper et al.* 2007

¹⁷ *Petzold* 1967, 1971c, 1974b, 2007d

¹⁸ *Petzold* 1969c, 1973f, 2006v

¹⁹ *Petzold* 1965 1985a, 2004a

²⁰ *Petzold* 1968b; *Petzold, Josić, Erhardt* 2003

²¹ *Petzold, Sieper* 1970, 1973d; *Sieper, Petzold* 1993; *Holzapfel* 2007; *Sieper, Petzold, Orth, Sieper* 2005; *Sieper, Orth, Schuch* 2007, 449-456

²² Es wurde früher immer wieder auch von „Gestaltsoziotherapie“ gesprochen (in unseren Veröffentlichungen findet sich dieser Term nicht, vgl. Gesamtbibliographie, *Petzold* 2007), weil die Soziotherapie am „Fritz Perls Institut“ gelehrt wurde und wird. Die Gestalttherapie als kreatives Verfahren der Psychotherapie hat selbst aber keine eigene sozialtherapeutische Theorie und Methodologie entwickelt. Es finden sich von ihr nur erlebnisaktivierende Methoden in der Soziotherapie, wie sich natürlich auch behaviorale Ansätze oder psychodramatisches Rollenspiel in der Soziotherapie findet.

²³ *Petzold, Sieper* 1972a; *Petzold, Sieper, Schay* 2006; *Sieper, Orth, Schuch* 2007, 488ff

²⁴ Zur Ausbildung in Integrativer Therapie vgl. *Petzold, Orth, Sieper* 2005; *Petzold, Sieper, Schay* 2006, *Petzold, Steffan* 1999a, b, *Petzold, Sieper et al.* 2008

²⁵ Vgl. die erläuterte Gesamtbibliographie in *Sieper, Orth, Schuch* 2007, 678-784; *Petzold* 2007h

²⁶ *Petzold* 1974e, f, 1980e; *Scheiblich, Petzold* 2006; *Petzold, Vormann* 1980

²⁷ *Hass, Petzold* 1999; *Brühlmann-Jecklin, Petzold* 2004

²⁸ *Petzold, Schobert, Schulz* 1991; *Geuter* 2008

²⁹ *Bergeron* 1963, *Zazzo* 1975

³⁰ *Kölbl* 2006; *Petzold, Sieper* 2004; *Sieper, Petzold* 2002; *Petzold* 2007k

³¹ *Bourdieu* 1980, 1993, 1998; *Leitner, Petzold* 2004

³² *Petzold* 2001i; *Petzold, Orth, Sieper* 1999a

³³ *Moscovici* 1984, 2001; *Petzold* 2003b

³⁴ Zu social worlds vgl. *Petzold Petzold* 1991b, zu Kovolutionen *Petzold, Sieper* 2007a, *Petzold, Orth* 2007

³⁵ *Petzold, Sieper* 1977; *Sieper, Petzold* 1993; *Oeltze* 1993

³⁶ *Sieper* 1971; *Petzold* 1971i, 1973c; *Petzold, Brown* 1977; *Petzold, Reinhold* 1983

³⁷ *Petzold, Sieper* 1970, *Sieper* 1985

³⁸ Seit 2000 bis jetzt lehrt *Petzold* an der Fachhochschule für Soziale Arbeit in Bern „Integrative Beratung“ in der postgradualen Weiterbildung von SozialarbeiterInnen.

-
- ³⁹ Petzold 1974b, 2007c; Scheiblich, Petzold 2006)
- ⁴⁰ Müller, Petzold 2003; Petzold, Müller 2004
- ⁴¹ Ewers, Schaeffer 2000; Wendt, Löcherbach 2006; Löcherbach et al. 2005
- ⁴² Petzold 1969c, 1970d, 1971c, 1974b, Petzold, Thomas 1994; Petzold, Schay, Ebert 2004
- ⁴³ Petzold 1971f, 1982v, 1994h, 2006r
- ⁴⁴ 1969c, 1974b, f, Petzold, Vormann 1980; Scheiblich, Petzold 2006
- ⁴⁵ Petzold 1969c, 1974b, f, l, Petzold, Vormann 1980; Petzold, Scheiblich, Thomas 2000; Scheiblich, Petzold 2006 http://www.lrz-muenchen.de/~psychiatrie/themen/literat/auszug/einzel/az_vorw.htm
- ⁴⁶ Neuffer 2005; Löcherbach et al 2005; Schmid et al. 2007
- ⁴⁷ Vgl. die informative Übersicht bei http://www.lrz-muenchen.de/~psychiatrie/themen/literat/auszug/einzel/az_vorw.htm
- ⁴⁸ Vgl. Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999: Patienten als "Partner" oder als "Widersacher" und "Fälle". Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten - kritische Gedanken und Anmerkungen. – Diese Ausführungen gelten auch für Sozialarbeit und Soziotherapie, besonders da durch die oft unsägliche Mode der „Kundenorientierung“ Begriffs- und Konzeptverwischungen entstehen. PatientInnen sind, rechtlich gesehen, keine „Kunden“ sondern haben den Status von Leistungsberechtigten! Sozialpsychologisch schafft die Umattribuierung zu „Kunden“ kognitive Dissonanzen, zumal manchen PatientInnen strukturell die „Kundensouveränität“ fehlt. PatientInnen haben sicher auch ein kleines Beratungssegment in ihrem Rollenspektrum, zumeist ein noch kleineres Kundensegment (beim Catering des Krankenhauses z. B.), aber im Zentrum sind sie Patienten im Sinne der RVO bzw. des Soziagesetzbuches, und das ist gut so, denn es sichert ihre Rechte (zu einem differentiellen Kundenbegriff vgl. Petzold, Petzold 1997; Petzold 2007a)
- ⁴⁹ Petzold 2000d, 2006n; Müller, Petzold 2002; Märten, Petzold 2002
- ⁵⁰ Petzold, Orth 1998a. Wir ziehen diesen Begriff **Souveränität** dem der **Autonomie** vor, weil er nicht das (falsche) Implikat einer „Autarkie“ hat und affirmiert, dass andere Souveränitätsräume da sind, die jeder berücksichtigen muss, weshalb ein beständiges Aushandeln von „Positionen“ (Derrida 1985) und „Handeln um Grenzen“ erforderlich ist.
- ⁵¹ Moser, Petzold 2003; Lacher 2007
- ⁵² Petzold 1971l, 1979k, 1999b, 2001p; Sieper 2007b
- ⁵³ Vgl. Petzold 1994d: Die "Ursachen hinter den Ursachen" oder das "doppelte Warum" - Skizzen zum Konzept "multipler Entfremdung" und einer "anthropologischen Krankheitslehre" gegen eine individualisierende Psychotherapie.
- ⁵⁴ Vgl. hier zur Integrativen Position Gahleitner, Ossola (2007) und die Gender- und Antidiskriminierungserklärung unserer Ausbildungsakademie (Sieper, Petzold, Ellerbrock, Orth in: Orth 2007, 446).
- ⁵⁵ Galtung 1975, Roth 1988; Orth, Petzold, Sieper 1999a
- ⁵⁶ Vgl. auch "**com-pliance** \kəm-ˈplī-ən(t)s\ n (ca. 1630) **1a**: the act or process of complying to a desire, demand, proposal, or regimen or to coercion **b**: conformity in fulfilling official requirements **2**: a disposition to yield to others **3**: the ability of an object to yield elastically when a force is applied". Merriam Webster's Dictionary, Britannica 2007
- ⁵⁷ Freud „Zur Einleitung der Behandlung 1913, StA 1982, S 139; vgl. Petzold 2006n
- ⁵⁸ Petzold, Orth 1998a; Petzold, Orth, Sieper, Leitner 2008
- ⁵⁹ Petzold 2007a, 366-452; Renz, Petzold 2006
- ⁶⁰ Vgl. Petzold 1991b, 1996k, 2002c, Markovà 2003
- ⁶¹ Vgl. Sennett 2002; Petzold 2000d; Märten, Petzold 2002
- ⁶² Bandura 1997; Flammer 1990
- ⁶³ Poiesis wird hier verstanden als ein Ausdruck *persönlicher Souveränität*, die Gestaltung des eigenen Lebens im Sinne einer *Lebenskunst*, vgl. Petzold 1999q, Schmid 2004; Petzold, Orth et al. 2008
- ⁶⁴ Petzold 2001i; Petzold, Sieper 2003, 2007a
- ⁶⁵ Vgl. Petzold, Orth 1993a, Petzold, Sieper et al. 2008
- ⁶⁶ Petzold, Osten 1998; Osten 2002, 2004