

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2012

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Hilarion G. Petzold (2012l):
Menschenbilder in der Drogentherapie
– Perspektiven der Integrativen Therapie *

Erschienen in: *Hilarion G. Petzold (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Kramer, Neuauf. Aisthesis Verlag Bielefeld 201, S. 605-650*

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

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

„Über den Menschen nachdenken heißt: ein Vernetzen von Perspektiven, ein sich Vernetzen-lassen, Konnektivierungen ohne Ende, Bewegungen in alle Richtungen der Welt! Denn der in Kontext und Kontinuum wahrnehmende und handelnde, bewegte und bewegende Leib ist Teil seiner *Lebenswelt*. In diese eingeettet, gehört er einer ‚Welt der Zwischenleiblichkeit‘ zu, einer ‚Sozialwelt‘, deren Qualitäten er aufnimmt und verleiht und zu deren Möglichkeiten er zugleich kokreativ beiträgt - in nicht endenden *Polylogen*.“ *Hilarion G. Petzold* (1969c)

1. Vorbemerkungen zum Text

1.1 Der Praxisbezug der Menschenbildannahmen in der Integrativen Therapie

In der Integrativen Therapie wurden Menschenbildannahmen ursprünglich im unmittelbaren Kontext praktisch-therapeutischer Arbeit entwickelt. Arbeiten zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (*Orth, Petzold* 1993) haben wir zur Fundierung unserer kreativitätstherapeutischen Praxis geschrieben. Arbeiten zum „Informierten Leib“ dienen der Fundierung unserer leibtherapeutischen Praxis (*Petzold* 2002j, 2008b). Die grundlegende und umfangreichste theoretische Arbeit zu den anthropologischen Positionen der Integrativen Therapie (*Petzold*, 2003e) trägt den Titel: **„Integrative Therapie als ‚angewandte Anthropologie‘ in einer ‚transversalen Moderne‘ - Menschenbild und Praxeologie“**. Auf 210 Seiten werden da die anthropologischen Positionen der Integrativen Therapie in einem Diskurs „klinischer Philosophie“, „klinischer Psychologie“ und „klinischer Praxeologie“ entfaltet. Menschenbilder in der Psychotherapie, Soziotherapie, Leibtherapie müssen den Menschen dienen, für ihre Gesundheit, ihr Lebensglück, ihr Familienleben (*idem* 2010g), ihren Umgang mit Leiden und Sterben (*Spiegel-Rösing, Petzold* 1985) Orientierungen bieten – für die TherapeutInnen und für die PatientInnen gleichermaßen. Menschenbildfragen führen zu vielfältigen Themen, die wir in Einzelstudien in Angriff genommen haben: Fragen nach den Körper-Seele-Welt-Verhältnissen, dem psychophysischen Problem (*Petzold*, dieses Buch), Fragen nach der Sprachen und dem Sprechen (*idem* 2010f), nach dem Willen und der Freiheit (*Petzold, Sieper* 2008a) und damit verbunden Fragen nach der „Macht“ (*Petzold* 2009d), neben denen die Themen der Gewalt und Grausamkeit (*idem* 1996j, 2008b), des Unrechts, der Schuld und der Gerechtigkeit liegen (2003d). Und die führen zwingend zu den Themen der „Mythen“ und des Gewissens (*Petzold* 2009f; *Petzold, Orth, Sieper* 2010, 2012a), zur Menschenliebe (*Petzold, Sieper* 2011), zum tätigen Eintreten für die **Würde** und **Integrität** von Menschen (*Petzold, Orth* 2011; *Sieper, Orth, Petzold* 2010; *Leitner, Petzold* 2010) und unserer Lebenswelt (*idem* 2006p, 2011g). Anthropologische Fragen jeweils mit Praxisbezügen verbunden – durchziehen die Arbeiten zur Integrativen Therapie und ihre

Polyloge (idem 2002c, 2007h) mit den Menschen, mit den Wissenschaften, den Therapierichtungen. Sie stehen hinter ihren Erkenntnisbemühungen, die undogmatisch das eigene Nachsinnen anregen wollen. Wir wollten und wollen keine Heilslehren verkaufen (Petzold, Orth, Sieper 2009), aber durchaus zur Suche nach Lebenssinn (Petzold, Orth 2005a) ermutigen und dazu, „sich selbst zum Projekt zu machen“, sich Wege einer persönlichen Lebenskunst zu schaffen (idem 1999q)

In den genannten Themen und ihrer monographischen Ausarbeitung habe ich mit meinen MitarbeiterInnen Themen auszuloten versucht, die uns für die Psychotherapie wesentlich erschienen und die oft von den Main-Stream-Verfahren ausgeblendet worden waren: neben den schon genannten Themen haben wir uns mit der Arbeit und der Arbeitswelt befasst, bis heute vielfach in der Psychotherapie vernachlässigt (Petzold, Heintl 1983; Hartz, Petzold 2010), das Thema „Körper und Leiblichkeit“ in den Diskurs gebracht, lange bevor es ein Modethema wurde (idem 1974j, 1977n, 1985g), die „kreativen Medien“ als Ausdrucksmittel des schöpferischen Menschen (Petzold 1973c, Petzold, Orth 1985, 1990) in der Praxis erprobt, Natur und Landschaft als heilsame Erfahrungen therapeutisch genutzt (Petzold 1969c, 2011g), das Willensthema aufgegriffen (Petzold, Sieper 2004a, 2008a), Trost, Trostarbeit und die sanften Gefühle ins Feld der Psychotherapie getragen (idem 2004, 2007p), Achtsamkeit und meditative Wege aufgezeigt (1983d), lange vor dem Achtsamkeitsboom. Das alles sind Themen einer „**Integrativen Humantherapie**“ (idem 1993a, 2003a, Sieper, Orth, Schuch 2007), und dieser Begriff wurde absichtsvoll aufgrund unserer anthropologischen Vorentscheidungen gewählt, die den Menschen durch Begriffe wie Psychotherapie, Psychosomatik oder Körpertherapie nur fragmentiert erfasst sieht. Wir hatten stets ein **biopsychosozial ökologisches** Modell vertreten (Petzold 1974j, 2001a), wie es *Vygotskij* und *Lurija* schon in den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts konzipiert hatten (Petzold, Michailowa 2008), und unsere frühe therapeutische Arbeit mit alten Menschen (Petzold 1965, 1985a, 2005a), Kindern in sozialen Brennpunkten (1972e), suchtkranken Jugendlichen (idem 1971b, c) und entwurzelten Migranten (idem 1969b) ließ eigentlich keinen anderen Ansatz zu als ein **integratives** Vorgehen „in der Lebensspanne“, dass die soziale Lebenswelt und das Lebenskontinuum in den „Chronotopos“ (Bachtin 2008) in die psychotherapeutischen Maßnahmen einbezog. Das wurde in der Praxis evident.

Wenn man mit schwerkranken, körperlich, seelisch und geistig ruinierten Menschen in desaströsen und prekären Lebenslagen arbeitet, dann kann man die körperliche Seite des Krankheitsgeschehens genauso wenig vernachlässigen, wie die seelisch-emotionale und natürlich die soziale Seite, d. h. zerstörte und zerstörende soziale Netzwerke oder Mikroökologien (Hass, Petzold 1999), und es wird die soziotherapeutische Dimension therapeutischen Handelns unabdingbar (Petzold 1997c, Petzold, Sieper 2008b, 2012).

Die prekären Lebenslagen unserer RandguppenpatientInnen und die praktische Arbeit mit ihnen hat unsere Menschenbildannahmen in der Integrativen Therapie nachhaltig bestimmt. Die ehrenamtliche Tätigkeit meiner Eltern in der Suchtkrankenhilfe und in der Altenarbeit war da sicherlich gleichfalls eine bestimmende Größe (Petzold, Sieper 2011; Petzold, Schobert, Schulz 1991). Das ist der Hintergrund, warum ich die-

sen Beitrag für das vorliegende Buch ausgewählt habe und zur Vertiefung auf meine große anthropologische Arbeit (Petzold 2003e) verweise.

1.2 Einige anthropologische Positionen des Integrativen Ansatzes

Die „Integrative Position“:

Menschen sind komplexe, vergesellschaftete Tiere in spezifischen Lebensräumen [evolutionsbiologische, ökologische, darwinistische Position], die in den Prozessen ihres „Selbsterkennens“ und ihrer „Kulturarbeit“ über die Jahrtausende versuchen, ihr Wesen, ihre „**Hominität**“ zu begreifen [soziologische, kulturalistische Position]. Sie stehen in diesem Unterfangen in der Situation, dass sie dieses Wesen dabei selbst gestalten und erschaffen, es also mannigfaltige Ausfaltungen dieses Wesens und vielfältige Perspektiven auf dieses „*Wesen in permanenter Entwicklung*“ gibt. Ich habe deshalb von einer „*differentiellen Hominität*“ gesprochen, in der Biologisches, Ökologisches und Soziokulturelles konvergiert. Das macht eine differentielle und integrative „*Humantherapie*“ erforderlich (Petzold 1988n, 175). In unserem Ansatz haben wir vor diesem interdisziplinären Hintergrund folgende „anthropologische Grundformel“ erarbeitet:

„Menschen – Frauen und Männer – verfügen in ihrer Hominität⁰, ihrem Menschenwesen, über körperliche¹, seelische², geistige³ Dimensionen und leben in soziokulturellen^A und ökologischen^B Lebenskontexten und in einem Vergangenheits-Gegenwarts-Zukunfts-Kontinuum^C. Sie sind Leib-Subjekte^A in der Lebenswelt – subjects embodied and embedded. Das macht ihre Menschennatur aus, die in beständigen Gestaltungsprozessen steht“ (nach Petzold 1965, in 2000h, 2003a).

Anthropologische Positionen erfordern beständige Reflexionsprozesse, und so ist über die Jahre kontinuierlich an der „anthropologischen Grundformel“ des Integrativen Ansatzes gearbeitet worden. Über diese Arbeit seit bald 40 Jahren habe ich in meinem Beitrag 2003e detailliert berichtet. Nachstehend ein Auszug:

Natürlich bezieht man sich bei Menschenbildannahmen neben Praxisbezügen auch auf „Referenztheoretiker“ (Petzold 2002h,p). Wir affirmieren mit *Gabriel Marcel, George Herbert Mead, Mikhail Baktin, Emmanuel Levinas, Vladimir Iljine, Alexander R. Luirija, Nikolai Berdjajew, Paul Ricœur, Martin Buber, Lev Vygotskij* als „Referenztheoretikern“ in der ganzen „**Vielstimmigkeit**“ ihrer Positionen einen „**Primat von Intersubjektivität in Kontext/Kontinuum**, die sich hinlänglich in persönlicher **Freiheit und Souveränität** als in sozialen Realitäten *‘ausgehandelter‘* konstituiert“ - so das **Intersubjektivitätstheorem** der Integrativen Therapie, welches als „Integrator“, d.h. als integrierendes Element alle Bereiche ihrer Theorienbildung und Praxis durchzieht. Das war mit den genannten Denkern die Basis für die „**anthropologischen Grundformeln**“ der Integrativen Therapie, die in mehreren Arbeitsperioden zu diesem Thema immer prägnanter und komplexer formuliert wurden. Mitte der sechziger Jahre (Petzold 1965), der ersten Periode, wurde eine „Urkonzeption“ (0*) erarbeitet, in der es uns darum zu tun war, dass man

*„den Menschen in seiner **leiblichen Realität**, ... in seiner **emotionalen Realität**, ... in seiner*

geistigen Realität ernst nimmt ... Der Mensch ist eben körperliches, seelisches und geistiges Wesen in einer je gegebenen Lebenswelt“ (idem 1965, 16/1985a, 29f). (0*)

Diese Überlegungen, in deren Hintergrund eine Sicht der „Welt des Lebendigen“ als Gesamt (*mundus, monde*) stand, führten zu einer *integrierenden*, verdichtenden Formel (I) und zu einer *differenzierenden* Formel (II) mit fünf Aspekten.

Die integrierende Grundformel I lautet:

„Der Mensch ist zugleich exzentrisches Leibsobjekt und als Leib zentriert in der Lebenswelt (I). Er ist ausgestattet mit exzentrischem Bewusstsein und zentriert in unbewussten cerebralen Prozessen. Als Lebendiger ist er in motorischer, emotionaler, geistiger, sozialer Bewegung, aus der er Sinn konstituiert“ (1970c, 2). **Formel I***

Die Konklusion: „Therapie ist deshalb auf den Menschen als Ganzen ... in der Lebenswelt, ihr zugehörig, zentriert. Dabei sind die Wertungen von Kontext/Kontinuum, d.h. des jeweiligen kulturellen Raumes, wie er den jeweiligen Menschen präsent ist, bestimmend und wirken, z. B. die Auffassungen von Mann oder Frau, von Körper, Seele oder Geist“ (ibid.).

Die differentielle Formel II lautet:

„Der Mensch ist ein Körper¹-Seele²-Geist³-Wesen in einem sozialen⁴ und biophysikalischen⁵ Umfeld, d. h. er steht in Kontext und Kontinuum in der lebenslangen Entwicklung einer souveränen und schöpferischen Persönlichkeit“ (ibid.). **Formel II***

Diese Formel hatte für die therapeutische Praxis eine klare Konsequenz: Das Leibsobjekt mit seinen hier beschriebenen fünf Dimensionen macht einen integrierten Zugang als eine „**Integrative und differentielle Humantherapie**“ erforderlich, differentiell für jede Dimension: *Körper > Körpertherapie, Seele > Psychotherapie, Geist > Nootherapie, Soziales > Soziotherapie, Ökologisches > ökologische Intervention*. All diese spezifischen therapeutischen Zugänge werden für die Konzeption einer „**Integrativen Humantherapie in Kontext/Kontinuum der Lebenswelt**“ verbunden (Petzold 1994j; 1988n, 2001a, 2002a). In einer Graphik habe ich dies 1974 (j, 291) dargestellt.


Integrative Therapie – anthropologische und therapeutische Grundpositionen				
Der MENSCH ist ein	BEREICHE	INSTRUMENTE	ZIELE	
KÖRPER-		Körpertherapie	Integrative Bewegungs- u. Tanztherapie, thymopraktische Leib- und Atemtherapie, Expression Corporelle, Diätetik	<i>Integrierte Leiblichkeit</i> Gewinn von Mitte, Gesundheit, Sensibilität, Spannkraft, Anmut, Kongruenz innerer und äußerer Haltung – body awareness
SEELE-		Psychotherapie	aktive Analyse, narrative Praxis, Gestalttherapie, Psychodrama, intermediale Kunstpsychotherapie	<i>Integrierte Emotionalität</i> Gewinn an Selbstregulation, Selbstverwirklichung, Spontaneität, Kreativität, Empathie, emotionale Flexibilität u. Differenziertheit – complex awareness & consciousness
GEIST-		Noothérapie	Meditative Wege der Besinnung, Betrachtung, Versenkung, dialogisches Sinngespräch, kreative Medien	<i>Integrierte Existenz</i> Gewinn von Positionen zu den Fragen nach Lebenssinn u. -zielen, nach Werten, der Liebe, dem Tod, der Transzendenz – ontological awareness & consciousness
WESEN (= Leib – Subjekt) im		Soziotherapie	Netzwerktherapie, Soziodrama, Familientherapie, Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften, Projektarbeit	<i>Integrierte soziale Bezüge</i> Gewinn von tragfähigen sozialen Netzwerken, Freundschaften, Familien, von vielfältigen „social worlds“, Reduktion von Entfremdung – social awareness & consciousness
SOZIALEN und		Ökotherapie	Interventionen auf der Mikro-, Meso-, Makro- u. Megalebene, environmental modelling, Projektarbeit	<i>Integrierte ökologische Bezüge</i> Bewahrung und Gestaltung des Wohn- und Lebensraumes – ecological awareness & consciousness
ÖKOLOGISCHEN KONTEXT UND KONTINUUM (= Lebenswelt)				

Abb. 1: Anthropologische und therapeutische Grundpositionen der Integrativen Therapie. Aus: Petzold (1974j, repr. in: „Integrative Bewegungs- und Leibtherapie“ 1996, 188)

In der Folgezeit wurde die in der Abb. 1 dargestellte Doppelformel **I/II*** durch die hermeneutische Arbeit des sich entwickelnden Verfahrens immer wieder präzisiert oder in Hervorhebung verschiedener Aspekte reformuliert.

Das Spezifische in diesem Ansatz, das die Integrative Therapie insgesamt kennzeichnet, ist die Leiborientierung: Leib = Körper-Seele-Geist. **Leib** ist der bewegte, beseelte, durchgeistigte Körper, der damit eine bloße physiologische Qualität der *Zentrität* im biologischen Organismus übersteigt, ohne ihn hinter sich zu lassen, sondern eine *Exzentrität* gewinnt und dennoch dabei in der biologischen Grundlage zentriert bleiben kann (emergenter Monismus, vgl. Petzold, dieses Buch). „In der Bewegung drückt sich nicht nur der Körper, sondern der ganze Mensch aus; der Mensch *hat* seinen Leib nicht, allenfalls seinen Körper, er *ist* der jeweilige Leib ... d.h., dass in seiner Leiblichkeit das Wesen des Menschen zum Ausdruck kommt“ (1974j/ 1996a, 61) als in die Lebenswelt eingewurzeltes Wesen, wie es eine evolutionsbiologische Sicht (idem 2009a; 2010f) – und die ist immer eine *psychophysiologische* und *biopsychosozialökologische* – konzeptualisiert (2001a, 2006p). Dabei sind **Seele** und **Geist** jeweils **emergente** Phänomene von indes unterschiedlicher Qualität.

„Der Mensch ist nicht ohne seine biologische und soziale Eingebundenheit in die Welt des Lebendigen – Merleau-Ponty sprach treffend von einer 'chair commune' - und seine biologische, gesellschaftliche und geistige Evolutionschichte (Darwin, Florensky, Vico) zu begreifen. Aus ihr folgt:

Der Mensch ist fundamental Koexistierender. Er ist **Mensch als Mitmensch** (consors), angewiesen auf die 'Andersheit des Anderen' (Levinas), ja auf seine Fremdheit, durch die allein er seine Eigen- und Besonderheiten als eine vielfältige, eine komplexe Persönlichkeit gewinnen kann. Er ist 'ab ovo' ein zoon politikon, ein soziales Wesen (Aristoteles), das von der Intentionalität seiner Leiblichkeit her (Merleau-Ponty) auf differenzierend-wahrnehmende (aisthesis), integrierend-verarbeitende (episteme) und kreierend-handelnde (poiesis) Interaktion mit der Welt (Bernstein) ausgerichtet ist und auf die Kommunikation mit Menschen (Mead) in einer intersubjektiven Qualität (Marcel) zentriert. Er hat dabei ein altruistisches Potential (Kropotkin), aber auch ein höchst destruktives (Freud), das es zu kennen, anzuerkennen, zu verstehen und zu meistern gilt – in lebenslanger Entwicklung (Janet)“ (idem 1970c, 16) **Anthropologische Grundformel III***

Diese Formel wurde in der Folge durch vertiefende Studien zu Leiblichkeit, Sprache, Mentalisierung, Bewusstsein, Sinn, Ökologie weiterentwickelt und verbreiterten das Fundament für ein höchst komplexes Bild vom Menschen und einer **Humantherapie**, die deshalb sehr komplex ansetzen muss und über spezifische Psychotherapie; Soziotherapie, Leibtherapie in „kurativer“ Absicht und Zielsetzung hinausgeht und Beiträge zur „Kulturarbeit“ als hyperreflexiven Menschheitsarbeit zu leisten bestrebt ist, die auch in politische Haltungen mündet, wie die des „Engagements für Integrität“. Denn Menschen sind mit den Anderen und durch die Anderen in differentiellen Sozial-, Lebens-, Kulturwelten lebende Wesen, die sich selbst – jedes Individuum - „zum Projekt“ machen müssen (Petzold, Orth 1998, vgl. **Formel XI***) und die sich im Kollektiv der Menschheit als Menschheit zum Projekt machen müssen, ihre **Hominität** zum Projekt machen müssen, wollen sie in Milliardenzahl überleben.

Die zweite Grundformel wurde in der Folge erweitert, kommentiert, ausgefaltet.

„Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen, verschränkt mit dem sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum und fähig, ein Selbst, ein Ich und personale Identität auszubilden. Er steht über seine Lebensspanne in einem Prozess beständigen Wandels – verstanden als Differenzierung, Integration und Kreation -, in dem er zunehmend Exzentrizität gewinnt, sich selbst, seine bewussten und unbewussten Strebungen, seine organismische Verwurzeltheit und ökologische Bezogenheit, seine sozialen Beziehungen mit beständig wachsender **Sinnerfassungskapazität** immer besser verstehen lernt, um auf diese Weise einen reichen, persönlichen Lebenssinn zu gewinnen, den er mit anderen schafft und teilt. Dadurch kann **Sinn** immer nur pluriform

¹ Freud hatte die Klarheit, das destruktive Potential des Menschen in seiner Anthropologie aufzuweisen. Exemplarisch kann man Ungeheuer wie Stalin, Ivan den Schrecklichen, Vlad Tepes, den Pfähler, einsetzen oder irgend einen der alten „blutigen Tyrannen“, etwa Caligula oder Nero und die Legionen ihrer Henker, Vollzugehilfen, Anhänger. Hitler hat in „Mein Kampf“ eine „Theorie der Vernichtung“ geliefert, die das Böse zur Normalität deklariert und die „Umwertung der Werte“ auch konsequent in eine groteske und sinistre Praxis umsetzte.

sein und trägt bei aller möglichen Übereinstimmung stets das Signum der Differenz. Er stößt deshalb Polyloge an, in denen der 'Logos sich selbst vervielfältigt', wie Heraklit (fr. 115) lehrte. Der Mensch kann so als Ausdruck eines 'Polylogos der Evolution' gesehen werden und ist deshalb selbst* vielfältigen Sinnes, Sinnqualitäten, in denen sich seine Makrokulturen und Mikrostrukturen artikulieren und er sich als Repräsentant dieser Kulturen zeigt. Diese sind eingebunden in das Gesamtsystem Welt mit seiner sich immer prägnanter abzeichnenden mundanen Kultur, in der sich der **Sinn** der Teilsysteme mit ihren kulturellen Arealen beständig überschreitet in transversalen Prozessen der Generierung von **Metasinn**** - und der kennzeichnet die kollektive Hominität, die kokreative kulturelle Gesamtleistung der Menschen, der Menschheit" (idem 1975h, 21); **Formel IV***

[*ab 1988 wird zu „selbst“ das „als Mann oder Frau“ regelhaft eingefügt (Petzold, Orth 2011); ** schließt immer auch Sinnverarbeitungskapazität und Sinnschöpfungsvermögen bei den Prozessen der **Mentalisierung** ein]

In dieser Formel sind etliche Vorannahmen impliziert, die kurz angesprochen werden sollen: der ökologische Rahmen von Kontext und Kontinuum, d.h. die **Natur**, der **Organismus** in ihrer evolutionären Dynamik – eine *Darwin* verpflichtete Sicht (idem 2006p, 2011g) –, und soziale Rahmen von Gesellschaft und Geschichte auf spezifischen Mikro- und Mesoebenen, aber auch auf übergreifenden Makroebenen als Bereichen von **Kultur** – beidem gehört der Mensch zu: der *Natur* als *Organismus* und der *Kultur* als *Subjekt*². Es ist in den älteren Implikate vorhanden, die erst in späteren theoretischen Ausarbeitungen explizit gemacht werden konnten. Beispielhaft mag hier **Formel XV** stehen:

»Ein *Organismus* ist zu sehen als das Gesamt integrierter biologischer Prozesse lebendiger Zellen bzw. Zellverbände, zentriert in ihrem jeweiligen Kontext/Kontinuum (Habitat, Nische), mit dem sie unlösbar verbunden sind: Organismus ist „fungierender“ **Umwelt/Mitwelt/Innenwelt/Vorwelt-Prozess**.

Der in die *Lebenswelt* eingewurzelte Mensch hingegen ist **Organismus und Subjekt zugleich**, ist ein nicht nischengebundenes „human animal“, das im Verlaufe der Evolution durch die Ausbildung eines höchst differenzierten Cortex, der und dessen Funktionen selbst Ergebnis neuronaler Selektionsprozesse sind (*Edelman*), Überlebensfähigkeit gewonnen hat und zwar in „fungierenden“ und „intentionalen“ **Umwelt/Mitwelt/Innenwelt/Vorwelt-Prozessen**. Diese Überlebensfähigkeit zentriert in der Möglichkeit des Menschen zur „**exzentrischen Reflexivität** und **Repräsentation seiner selbst**“, ja aufgrund rekursiver und evolutiver Prozesse der Kultur zu „**Metarepräsentationen seiner selbst**“ als Mensch eines spezifischen Kulturraumes: z. B. als Angehöriger eines Stammes, als römischer Bürger, als Vertreter eines Standes, als Citoyen, emanzipiertes Individuum, als *polyzentrisches Subjekt* einer transversalen Moderne. Er ist ein Wesen, das sich seiner selbst, seiner eigenen Natur und seiner Kultur bewusst geworden ist und in permanenter Selbstüberschreitung bewusst wird, ja das sich selbst und seine Lebensbedingungen gestaltet, aber damit die organismische Basis seines Subjektseins dennoch nicht verlassen und verlieren kann, genauso wenig wie *Kultur* ihrer Basis, der *Natur*, zu entkommen vermag. *Ein Mensch, Mann und Frau als Leibsubjekt, ist der Prozess einer produktiven Subjekt-Welt-Bewusstsein-Verschränkung in actu*, in dem dieser Prozess der **Mentalisierung** sich selbst durch höchst

komplexe informationale Formulierungen auf einer Ebene von Metarepräsentationen re-
produziert, ja übersteigt, wobei sich auch die Konstituierung eines Bewusstseins und damit
von Subjektivität, einer subjektiven „theory of mind“ vollzieht. In diesem Prozess kommt
sich *dieser selbst* in der und durch die Metarepräsentativität als Strom subjektiven Selbst-
erlebens zu Bewusstsein und vermag selbst diesen Vorgang als „minding of mind“ im Sin-
ne einer *Hyperreflexivität und Hyperexzentrizität* zu erfassen. Als Produzierender und
Produzierter, Erkennender und Erkannter zugleich bleibt in diesem gesamten Geschehen
indes für den Einzelnen ein „strukturelles punctum caecum“, das durch den Blick von An-
deren, die Erkenntnis- und Forschungstätigkeit von Anderen – potentiell der gesamten
Menschheit – gemindert, aber nie gänzlich beseitigt werden kann, was damit also auch eine
kollektive strukturelle Einschränkung bedeutet« (idem 2002h, vgl. 2008b). **Formel XV**

Spezifität und Globalität, Kleinräumigkeit und Großräumigkeit müssen heute in einer
globalisierten Welt, in einer transversalen Moderne immer zusammengedacht werden,
Gerade die Aspekte einer *Kulturspezifität*, die schon im Kontext der Formel II betont
wurden (Männer-, Frauen-, Jugend-, Alters-, Familienkulturen, schicht-, ethnienationa-
litäts und großraumspezifische Kulturen – die „europäische Kultur“, die asiatische, latein-
amerikanische usw. Kultur), werden als Hintergrund einer differentiellen therapeutischen
Praxis in multikulturellen Gesellschaften mit Menschen vielfältigen Herkommens emi-
nent wichtig. Nur so können therapeutische Strategien klienten- bzw. patientInnenzen-
triert sein, auf eine gute „Passung“ zielen und sie auch erreichen. Schon in den Formeln
der ersten Arbeitsperiode waren also derart weitgreifende – in den Formeln XIII/XIV/XV
der vierten Arbeitsperiode (ab 2001) ausgearbeitete – Perspektiven angedacht.

Mein Beitrag 2003e, aus dem hier referiert wurde, dokumentiert in der Geschichte
der Psychotherapie in bislang singulärer Weise die fundierende Arbeit eines Verfah-
rens an einem Menschenbild, das durch fortschreitende, systematische Theoriearbeit
und Praxisexplorationen neues Wissen rezipiert und umsetzt: sowohl interventions-
methodisch (2002j), als auch praxisfeldspezifisch (Petzold, Schay, Scheiblich 2006),
wie der nachfolgende Text verdeutlicht.

1. 3 Menschenbildannahmen im Feld der Drogentherapie

Der nachstehende Text wurde als Vortrag auf dem 14. Bundeskongress des „Fachver-
bandes Drogen und Rauschmittel e.V.“ (FDR) am 3. Juni 1991 gehalten, also vor
zwanzig Jahren. In dem Kongressbändchen verschwunden und fast vergessen, nahm
ich ihn unlängst wieder zur Hand und bekam beim Lesen das Gefühl, die Zeit sei
langsam gelaufen oder habe still gestanden oder sei zurückgekommen – zyklische
Wiederholungen. Die beschriebenen Problematiken haben sich im Grunde nicht ge-
ändert, so schien es mir – auch wenn sich Teilaspekte anders darstellen. Menschenbil-
der haben meistens eine hohe Stabilität. Aber gerade deshalb erfordert das Umgehen
mit anthropologischen Konzepten immer wieder einen Blick aus der kritischen Di-
stanz und eine diskursanalytische Betrachtung (Foucault), wird ein metahermeneuti-
sches, erneutes Durchdringen von Gedanken, die schon einmal gedacht wurden und
davor schon ein anderes Mal (vgl. Abschnitt 3) erforderlich, damit erneute Zupas-

sungen auf die jeweiligen aktuellen Gegebenheiten stattfinden können. Mit solchen Mehrfachreflexionen (Petzold, Orth 1999, 110ff) beschäftigt, war ich dann bei Relektüre erfreut, dass ich meine Positionen über die Zeit hin eigentlich bestätigt fand und sah, dass meine neuen Arbeiten, eingeschlagene Wege kritisch-reflektiert weiterverfolgen konnten (Petzold 2007h; vgl. Hecht, Petzold, Scheiblich 2011). Das geschieht keineswegs immer in einem Werk, das sich am Puls der Geschehnisse und im Kontakt mit der Forschung weiterentwickelt. Ich habe den Text auch mit KollegInnen erneut diskutiert und ihm wurde eine durchaus wichtige Aktualität zugemessen und in zentralen Aussagen eine gewisse Zeitlosigkeit. Und weil er auch für die Arbeiten in diesem Band zur Menschenbildthematik grundlegende Gedanken formuliert, Leitideen, wird er hier erneut zugänglich gemacht. Er war zum Zeitpunkt des Vortrags sicher weitblickend und breit ausgreifend. Seine erneute Lektüre hat mich zu keinen allzu großen Veränderungen und Revisionen aufgefordert. So werden nur minimale Korrekturen vorgenommen. Natürlich habe ich in spezifischen Menschenbildsfragen des Integrativen Ansatzes und darüber hinaus (Petzold 2011a) intensiv vertiefend weitergearbeitet – zur Frage der Körper-Seele-Geist-Weltverhältnisse (Petzold 2009c), zum Dialog von Psychotherapie und Neurowissenschaften (idem 2002j; Petzold, Michailowa 2008; Huether, Petzold, dieses Buch), zum evolutionspsychologischen Thema der Hominisation, des Weges des Menschen durch die Evolution (idem 2003e, 2006 j, t), zum Macht, Willens- und Freiheitsthema (idem 2009d; Petzold, Sieper 2008a), zu Bösem, zu Schuld, Schuldfähigkeit, Gewissen (idem 1996j, 2003d, 2008b, 2010e), zu Sinn und Sprache (idem 2010f; Petzold, Orth 2005a) usw. Vieles dieser Weiterarbeit wirft nicht nur Licht auf Probleme in der Arbeit mit Drogenabhängigen, in der Szene des Drogengebrauchs-Missbrauchs, sondern auch auf anthropologische Fragen. Die Willens- und Freiheitsthemen tauchen hier unmittelbar auf, die Fragen nach Schuld und Unrecht oder nach Gerechtigkeit, nach Macht und Ohnmacht, nach Menschenwürde, Integrität und der Gefährdung und Verletzung von beidem (Petzold, Orth 2011). Die Arbeiten haben durchaus auch Relevanz für die Beratungs- und Behandlungspraxis: für die Willenstherapie, die Gewissensarbeit, den Umgang mit Zeit, der Lebenszeit usw. Verweise auf diese Arbeiten mögen genügen. Aber der vorliegende Text hat eine **praxeologische Ausrichtung** und steht in sich mit seiner Absicht, einen feldspezifischen, *breiten* Rahmen für weitgreifende Betrachtungen in der Drogentherapie bzw. Drogenarbeit zu bieten. Eine *vertiefende* anthropologische Fundierung, die auf eine „klinische Philosophie“ hinausläuft – so habe ich meinen Ansatz genannt (Petzold 1991a) – habe ich an anderer Stelle mit dem Blick auf die Psychotherapie ausgearbeitet (idem 2003e), denn sie braucht den Dialog mit der Philosophie (Kühn, Petzold 1992) und das gilt nicht minder für die Soziotherapie (Petzold, Sieper, Orth-Petzold, 2011). Das sei kurz und kompakt umrissen:

Das Konzept „klinischer Philosophie“ versuchte ich wie folgt zu bestimmen:

„**Klinische Philosophie** ist eine *den Menschen zugewandte* (κλίειν = sich hinwenden) Liebe (φιλία) zur Weisheit (σοφία), ein Lebenswissen, das Grundlage jeder engagierten Praxis

von 'Menschenarbeitern' in helfenden und entwicklungsfördernden Berufen sein sollte. Sie nutzt die Schätze philosophischer Arbeit von der antiken Seelenführung (*Seneca, Epiktet*) bis zu den Auseinandersetzungen mit der 'condition humaine' in der Philosophie der Gegenwart" (*Petzold 1971*).

Andererseits bemühte ich mich, von den Bedingungen der klinischen Situation und ihren Wissensständen auszugehen.

„**Klinischer Philosophie** ist es darum zu tun, Perspektiven der Philosophie für die klinische Arbeit fruchtbar zu machen und Referenzwissenschaften, die für die Psychotherapie relevant sind, in einen klinisch-philosophischen Diskurs einzubinden: **Natur-, Sozial-, Kulturwissenschaften**, da sie alle für die Arbeit mit Menschen, und darum geht es in der Psychotherapie und klinischen Psychologie, zentrale Wissensstände beizutragen haben, ohne die klinische Theorienbildung und Praxis reduktionistisch werden muss. Sie gewährleisten die Transversalität, die der Vielfältigkeit der Menschen entspricht.“ (*ibid.*)

Was wäre Psychotherapie heute ohne **POLYLOGE** mit **Biologie**/Molekularbiologie/Genetik, mit **Medizin**/Hirnforschung/Neurophysiologie/Immunologie, mit **Psychologie**/Kognitions-/Entwicklungspsychologie, **Soziologie, Linguistik**? Die Ergebnisse dieser Disziplinen müssen von theoretisch arbeitenden Spezialisten in der „community of psychotherapists“ und vom Feld der SoziotherapeutInnen vor dem Hintergrund und unter Auswertungen „kultureller Diskurse“ (*Foucault*) rezipiert werden, um für die klinische und psychosoziale Theorienbildung und Praxis Materialien für die Reflexion zur Verfügung zu stellen. Das kann keine Sache von Einzelnen sein, sondern muss letztlich eine Angelegenheit der „community“ und ihrer *Diskurse*, ihrer *Polyloge* sein.

Klinische Philosophie will Materialien aus der psychotherapeutischen Theorienbildung und Praxeologie unter metareflexiver Perspektive untersuchen, etwa auf erkenntnistheoretische oder ethische Implikationen oder Konsistenzprobleme hin. Sie zielt schließlich darauf ab, TherapeutInnen eine *Exzentrizität* zu ihrem Denken und Tun zu vermitteln, einen selbstkritischen Blick, der Dogmatismen entgegenwirkt, was PatientInnen wie TherapeutInnen gleichermaßen zugute kommen soll.

Dabei muss „klinische Philosophie“ eine Brückenfunktion haben. Sie ist weit davon entfernt, sich als eine Supradisziplin zu etablieren, denn Erkenntnisse mit **transdisziplinären** Qualitäten (*Petzold 1998a, 27*) werden aus vielstimmigen, **interdisziplinären Diskursen** gewonnen, die ich mit dem Begriff **POLYLOG** kennzeichne (*idem 2000c*). Klinische Philosophie verbindet Therapie mit der Vielfalt des Denkens, der Mannigfaltigkeit des „überdachten Lebens“. Die *Sophia*, die Weisheit, der unsere Liebe und Freundschaft (*philia*) gilt, ist das Verbindende *kat' exochen*. Derartige Überlegungen führen zwingend zum Konzept einer „**philosophischen Therapeutik**“ (*Kühn, Petzold 1992*).

„**Philosophische Therapeutik** nutzt die theoretische und praktische Beschäftigung der Philosophie mit dem Menschen, mit der *conditio humana*, ihre Geistesarbeit und Reflexion von Lebensgeschehen, in denen das Bemühen von Menschen, der Menschheit kulminiert, sich selbst und die Anderen im Lebens- und Weltzusammenhang auf der *individuellen* und *kollektiven* Ebene zu verstehen, um zu lernen, mit sich adäquat umzugehen, sich zu handhaben, das Leben zu bewältigen, zu meistern, zu gestalten aus erworbenem *Lebenswissen* und aus *Lebenspraxen*, aus *Lebensweisheit*, die zu einer *Lebenskunst* führt. Dieses Wissen wird in der klinischen Arbeit mit Patienten und Patientinnen genutzt und umgesetzt: um *menschengerechte*, nicht-reduktionistische Therapiekonzepte zu gewinnen, Ziele und Metaziele zu begründen, erprobte Praxen der ‘philosophischen Seelenführer‘ (z. B. Lao-tse, Sokrates, Seneca, Ibn Sina/Avicenna, Spinoza, Kant u.a.) aller Zeiten und Kulturen nutzen zu können und wissenschaftlich durch klinische Erfahrung und empirische Forschung erarbeitete Praxeologie anthropologisch und wertetheoretisch bzw. ethisch und auf Sinn und Zieldimensionen hin zu fundieren. In einer solchen Perspektive werden **philosophische Therapeutik** und eine **klinische Philosophie** für jedes Therapieverfahren unverzichtbar, und ein Fehlen solider Überlegungen zu diesen Fragestellungen muss als ein gewichtiges Defizit angesehen werden, das zu beheben mit erheblichen Anstrengungen in Angriff genommen werden sollte, damit Psychotherapie [und Soziotherapie] *Sinn macht*“ (Petzold 1971).

Die Anforderungen an eine moderne **biopsychosoziale** oder weitergreifend **biopsychosozialökologische Praxis** in der Soziotherapie und Psychotherapie haben mit kritischen Bestandsaufnahmen zu beginnen, um im Strom der Weiterentwicklungen weitgreifend zu navigieren, geht es in diesen **Praxeologien** doch um nicht mehr und nicht weniger als um eine „angewandte Wissenschaft vom Menschen“, eine Wissenschaft, die darum bemüht ist, das Wesen des Menschen auf individuellen und kollektiven Dimensionen zu verstehen und seine Krankheiten (*Pathogenese*) und sein Gesundes (*Salutogenese*) in den Kontexten seiner Biographie und seiner gesellschaftlichen Realität zu begreifen. Dann kann es gelingen, persönliches und soziales Sinnverstehen zusammenzuführen und für die Menschen und mit ihnen angemessene „*WEGE* der Heilung und Förderung“ zu finden, weil uns ihre **Gesundheit, Würde und Integrität** am Herzen liegt (Sieper, Orth, Petzold 2010; Petzold, Orth 2011).

Der nachstehend wieder veröffentlichte Text richtet sich darauf, wie Menschen – TherapeutInnen wie KlientInnen und PatientInnen – in ihrem praktischen Handeln durch Menschenbildannahmen bestimmt werden und wie man der damit gegebenen Vielfalt von Menschen begegnet. Er hat also eine **praxeologische** Ausrichtung, will für Praxis Orientierung geben.

2. Warum Menschenbilder in der Drogenhilfe?

Bei der Formulierung meines Themas habe ich die begriffliche Reihenfolge bewusst gewählt. Sie lautet: „Menschenbilder als bestimmendes Moment von Grundhaltungen und Konzepten in der Entwicklung der Drogenhilfe“. Ich stelle das „Menschenbild“ an den Anfang, weil wir bei genauer Betrachtung immer wieder feststellen, dass Menschenbilder die Lebenspraxis von Betroffenen und ihren Angehörigen genauso bestimmen wie die pro-

fessionelle Praxis bei den verschiedenen Gruppen der HelferInnen, bei den Institutionen, bei den Behörden, ja bei den PolitikerInnen. In der Beurteilung, was den Umgang mit Drogen und die Sicht von Drogenabhängigkeit anbetrifft, stehen Auffassungen über die menschliche „Würde“, die menschliche „Freiheit“, über menschliches „Lebensglück“ im Hintergrund. Derartige implizite anthropologische Konzepte dürfen in ihrer Bedeutung nicht unterschätzt werden.

Eine Vorbemerkung sei mir gestattet: Ich bin Mitte der 60er Jahre in Paris mit dem Drogenproblem sehr persönlich in Kontakt gekommen. Gute Freunde waren betroffen, süchtig geworden. Von ihnen wie von vielen anderen wurden Drogen damals konsumiert als Ausdruck eines Freiheitsstrebens. Es handelte sich nicht, wie vielfach heutzutage, um den Ausdruck einer Verelendungsproblematik. Es handelte sich um den Protest von Studenten, Intellektuellen, Alternativen, die den Drogenkonsum als Befreiungsschlag gegen repressive oder von ihnen damals als repressiv erlebte gesellschaftliche Bedingungen verstanden. Es ist eigenartig, dass die Drogenwelle, die Europa überschwemmen sollte, dass die potentielle Versklavung als Befreiungsbewegung eingeläutet wurde, als eine „Politik der Ekstase“ (Leary 1970). Derartige Ideen finden wir weitergehend hinter dem Drogenkonsum der 68er Generation. In Frankreich waren die repressiven Zusammenhänge damals schärfer als in der Bundesrepublik, jedenfalls habe ich das so erlebt, und die Drogenbewegung setzte zumindest in den großen Städten (Paris, Marseille, Lyon) dann auch früher ein als in den deutschsprachigen Ländern. Es war ein spezifischer Zeitgeist (Petzold 1989f), der seinerzeit hinter dem Drogenkonsum stand, und seine Strömungen bestimmten dann auch die ersten Maßnahmen und Konzepte in der Drogenarbeit (Geck 1974).

So waren die frühen Wohngemeinschaftsmodelle nicht etwa vom Gedanken der „therapeutischen Gemeinschaft“ bestimmt, wie sie durch die Arbeiten von Moreno, Maine oder Maxwell Jones in den Bereich der Psychiatrie Einzug gefunden hatten (Vormann, Heckmann 1980), sondern es zeigte sich in ihnen eher der Geist anarchistischer Kommunen (Schüle 1978; Petzold et al. 1991). Wenn man in die Texte der Release-Bewegung hineinschaut (Sollmann 1974), so sollte Drogenarbeit nicht nur von der Droge befreien, sondern auch von den mit dem Drogenkonsum verbundenen bzw. hinter ihm stehenden repressiven gesellschaftlichen Zusammenhängen. Es wurde allerdings schon sehr früh erkannt, dass der Weg über die Droge vielleicht doch kein so guter Weg zur Emanzipation war (Joite 1972).

3. Menschenbilder und Zeit-Geist

Schaue ich 1991 oder 2011 mit dem Abstand von 25 bzw. 45 Jahren auf diese Zeit zurück, auf das, was in der Drogenarbeit entstand, so muss ich mit einiger Betroffenheit feststellen, dass die ersten Konzepte, die über die Release-Bewegung hinausführten, zu strukturierten, professionell oder semiprofessionell geführten therapeutischen Wohngemeinschaften keineswegs nur emanzipatorische Drogenarbeit repräsentierten. Befangen im gesellschaftlichen Diskurs repressiver Menschenbilder, wurden unkritisch Wohngemeinschaftskonzepte aus den USA importiert - und ich war daran nicht ganz unbeteiligt (Petzold 1990j) -, die bestimmt waren vom Konzept der Disziplinierung, von punitiven, bestrafenden Regeln, von einem Leistungsdenken, in dem der Abhängige von Stufe zu Stufe in der Hierarchie nach oben zu klettern hatte.

[Es wird in diesem Text 2011 bewusst der in manchen Bereichen schon als antiquiert eingestufte Begriff „Therapeutische Wohngemeinschaft“ (TWG) beibehalten – nicht aus Nostalgie, sondern um an diese Qualität des „miteinander Wohnens“ als „konviviale Raum“ zu erinnern. Darin liegt aus beziehungstheoretischer, bindungstheoretischer und heute sozialneurowissenschaftlicher Sicht der heilende Faktor eines stationären Settings, nämlich im affilialen „**family or tribal model**“. Es ist im Feld der Drogentherapie überhaupt noch kaum zu Bewusstsein gekommen, was durch die Zerstörung dieser Gemeinschaftskultur von Seiten der Kostenträger aus ökonomischen Gründen, aber auch aufgrund der von ihnen verursachten progredierenden Medizinialisierung eines Bereiches angerichtet wurde, der nach den Prinzipien klinischer Sozialtherapie organisiert sein muss und nicht nach den Prinzipien eines Krankenhauses, um bei den Gruppen, um die es geht, heilsam zu wirken. Heute muss man schauen, wie in den Strukturen von „Fachkrankenhäusern“ ein heilsames intersubjektives Klima und eine konkrete konviviale Lebenspraxis als Lernfeld für interpersonale aber auch für alltagspraktische **Kompetenzen und Performanzen** hergestellt werden kann – keine leichte Aufgabe].

Wohngemeinschaften vom Typus „Daytop“ spiegelten in klarer Weise die Strukturen der Gesellschaft wider, in der sie entstanden. Als ich damals, 1971, in Deutschland das Daytop-Modell mitinitiierte, war dies eine gegenüber dem US-amerikanischen Ursprungsmodell „entschärfte“ Version. Aber waren die Revisionen ausreichend? Waren die Wohngemeinschaften, die den Namen „Synanon“ von ihrem kalifornischen Vorbild übernahmen, von den autoritären Strukturen entfernt, von den Gefahren charismatischer Führung, die in dem bösen Fall des *Chuck Dederich* so deutlich zu Tage traten? Bei den von mir gegründeten oder angeregten Four-steps-Häusern - das erste rief ich 1968 in Paris ins Leben: „Les Quatre Pas“ -, handelte es sich um Wohngemeinschaften, die dem Wachstumsideal der Humanistischen Psychologie (*Petzold* 1977q; *Quittmann* 1985) verpflichtet waren. Ich kann mich ein wenig beruhigen, wenn ich heute meine damaligen Texte durchsehe (idem 1969c) und feststelle, dass mein Stufenmodell kein Hierarchiemodell war, sondern auf Wachstumsschritte gerichtet (idem 1990k), durch die zunehmend Freiheitsgrade erschlossen werden sollten. Diese genannten Ziele sind an der einen oder anderen Stelle auch in dieser Weise realisiert worden. Oft genug jedoch wurden meine Intentionen missverstanden. Die Zwänge der Macht des gesellschaftlichen Diskurses (*Foucault* 1976, 1978) waren zu stark, und die Abgrenzungen zu den repressiven Aspekten der amerikanischen Modelle waren offenbar nicht scharf genug. Sie konnten es auch nicht sein, denn Synanon und Daytop waren Einrichtungen mit Vorbildcharakter, die auf schwierigem Terrain etwas aufgebaut hatten. Wir waren froh, ihre Stärken sehen zu können, und waren deshalb wohl auch bereit, ihre Schwächen, ja ihre Problematik zu übersehen.

Heute muss man selbstkritisch eingestehen: Viele therapeutische Wohngemeinschaften für Drogenabhängige und die in ihnen zelebrierten Rituale hatten eine beschneidende, disziplinierende Ausrichtung, praktizierten – wenn man genau hinschaut – eine „schwarze Pädagogik“, auch wenn sie oft genug von „linken“ Achtundsechzigern geleitet wurden. Die weitere Entwicklung zum Konzept „*Therapie statt Strafe*“ machte nur eine bereits vorhandene Tendenz deutlich, und man sollte sich nicht täuschen, oft genug handelte es sich schon damals um „*Therapie als Strafe*“. Drogenarbeit in der Wohngemeinschaft hat die HelferIn-

nen häufig genug hilflos gemacht, ausgelaugt bis zum „Burnout“ (*Freudenberger* 1980), und auf Hilflosigkeit reagieren auch Helfer oft genug mit Repression (*Petzold* 1989b).

Gut, wir konnten durch Supervision, durch Intervision, durch kollegialen Austausch manches mildern, aber dass wir als Supervisoren oftmals sehr massiv eingreifen mussten, aus „exzentrischer Position“ (*Lemke* 1980; *Höfeld* 1980; *Petzold* 1989j, 1990o), lässt erkennbar werden, wie sich die gesellschaftlich verursachte Pathologie in den Institutionen der Heilung reproduzierte. Solche Phänomene, die sich natürlich auch in anderen therapeutischen Einrichtungen finden, in der Psychiatrie, in Pflegeheimen, ja sogar in Einzeltherapien, zeigen sich in Strategien der Disziplinierung, in autoritären Regelsystemen, Konformitäts- bzw. Anpassungsdruck (*Berger, Luckmann* 1970), aber auch in Vernachlässigung oder Laissez-faire-Haltungen bis hin zur medikamentösen Ruhigstellung. Gewalt und Vernachlässigung, das sind die beiden Hauptursachen von seelischen und psychosomatischen Erkrankungen. Da Helfer häufig durch ähnliche Sozialisationsklimata geprägt worden sind – oft genug haben sie aus dem Erleiden solcher Einflüsse einen helfenden Beruf ergriffen –, muss man sich nicht wundern, dass die beschriebenen Phänomene in verdeckter Weise auftauchen.

Aus diesem Grunde muss jede neue Strategie der Hilfeleistung, jede neue Richtung der Drogenpolitik, jede neue Mode im Hinblick darauf, wie den armen Abhängigen nun endlich zu helfen sei, muss jedes ernsthafte Bemühen um neue Wege sorgfältig auf die „Dispositive der Macht“ (*Foucault* 1976) hin untersucht werden. Es müssen Mikroanalysen der Interventionen und Metareflexionen der Strategien vorgenommen werden, um Entfremdungs- und Verdinglichungsursachen aufzufinden, da diese sich oft genug „unter der Hand“ in Maßnahmen, die mit „besten Absicht“ und hohem Engagement konzipiert und durchgeführt werden, eingeschlichen haben.

Die hier nur skizzenhaft versuchte Metaanalyse sollte auch zu einer Wachsamkeit gegenüber dem sogenannten „Paradigmenwechsel“ (*Kuhn* 1970, 1976) zur Niedrigschwelligkeit führen. Überhaupt sollte man mit dem Konzept des Paradigmenwechsels – so die übereinstimmende Meinung von Wissenschaftstheoretikern (*Kriz et al.* 1990, 173; *Graumann* 1985) – vorsichtig sein. Niedrigschwelligkeit ist nichts Neues; *Release* war niedrigschwellig. Die ersten Ansätze, die wir in Hannover im Rahmen der „Dropsen“ gemacht haben – einschließlich des *Streetwork* (*Vollmer* 1974) und eines Methadonprogrammes (*Loize et al.* 1974) –, hatten sehr viel Niedrigschwelliges. Ähnlich stand es mit „Drop-In“ in Frankfurt, das ich 1972 supervidierte, und mit vielen anderen Einrichtungen. So neu ist das alles ja gar nicht. Neu sind nur das Etikett, das aufgetaucht ist, und die relativ breite, offene Vertretung dieser Richtung der Drogenarbeit, die – und das ist erfreulich – sich besser Gehör zu verschaffen vermag als in früheren Zeiten. Aber mit dem neuen Etikett als inhaltlich und konzeptuell noch wenig gefülltem Banner, unter dem sich die verschiedensten Ansätze und Gruppierungen sammeln konnten, ist auch eine Polarisierung im Milieu der Drogentherapeuten aufgetaucht, die in der Gefahr steht, destruktiv zu werden (die ungute Polemik von *Steffan* [1988; vgl. *Hentschel* 1991] sei als Beispiel erwähnt). Hier muss man fragen: „Was spiegelt sich aus dem makrogesellschaftlichen Diskurs in einem solchen Kampf?“ und weiter: „Welche Menschenbilder stehen im Hintergrund?“

Ist es wieder die Illusion, eine neue Lösung gefunden zu haben, endlich eine, die greift? Oder spiegelt sich vielleicht nicht in diesem „neuen Weg“ eine subtile, resignative Haltung, die mit neuem Idealismus übertüncht wurde. Auch wir waren ja sehr idealistisch, sehr engagiert, sehr „links“ Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre. Wie viele Kommilitonen aus der trotzkistischen Bewegung, vom SDS usw. habe ich damals in Release-Zentren arbeiten sehen oder in anderen Einrichtungen der Drogenhilfe ... mit vollem Einsatz und – wenn ich das heute aus einer Metaperspektive betrachte – oft mit verknappenden, beschneidenden und eigentlich die persönliche Freiheit und die individuelle Selbstverwirklichung einengenden Konzepten (die sich übrigens ganz ähnlich in den K-Gruppen und linken Kollektiven fanden).

Es ist die Frage zu stellen: Sind die Menschenbilder, die hinter „hochschwelligten Einrichtungen“ und „niedrigschwelligten Angeboten“ stehen, so gänzlich verschieden? Die drogenfreien Programme verlangen ein hohes Maß an Anpassung: Anpassung an die Normen und Regeln der therapeutischen Wohngemeinschaft, Anpassung an positiv sanktionierte gesellschaftliche Werte und Lebensformen. Sehr viel Platz für individuellen Freiraum ist dort nicht. Die Freiheitsgrade variieren von TWG zu TWG, von Konzept zu Konzept, von Mitarbeiterteam zu Mitarbeiterteam, abhängig von der konzeptuellen Differenziertheit und vom Reflexionsstand der Therapeuten, der Helfer und schließlich von den Möglichkeiten des Freiraums, die der Träger der Einrichtung einräumt bzw. einräumen kann. In den drogenakzeptierenden Programmen findet sich gleichfalls eine Anpassungshaltung (wiederum in unterschiedlicher Ausformung); denn es werden Hilfen gegeben, wie man sich in die Drogenszene am besten einpassen kann, wie man in ihr überlebt. Bekannterweise spiegelt das Drogenmilieu, das unter dem Gesetz des „gnadenlosen Konsums“ steht, die dunkelsten Seiten der Konsumgesellschaft. Die Schärfe der Auseinandersetzung, ja geradezu die Erbittertheit zwischen den Verfechtern drogenakzeptierender und drogenfreier Programme, den Vertretern von Substitutionsmaßnahmen und den Anwälten einer „Clean-Ideologie“ machen deutlich: Es geht um einen Kampf zwischen Werten (solche Kämpfe sind zumeist die härtesten) und den mit ihnen verbundenen Menschenbildern. Die Vision des „freien, selbstbestimmten, mündigen Menschen“ wird gegen die des „versklavten, willenlosen Abhängigen“ gestellt. Natürlich sind Suchtkranke nicht frei, sind an ein Milieu, an Dealer, an Substanzen gebunden, die sie zerstören. *„Immerhin hab‘ ich die Freiheit, Drogen zu nehmen, wenn es mir passt. Ob ich nun davon kaputtgehe oder von der Maloche, wo liegt der Unterschied?“*, sagte mir ein Abhängiger. – *„Wir können letztlich niemanden zwingen, drogenfrei zu leben. Erstens geht das sowieso nicht, und außerdem geht das auch gegen die persönliche Freiheit!“*, sagte mir ein Sozialarbeiter aus einem niedrigschwelligen Programm. – *„Ich muss mich einfach von der Droge befreien, um wieder Mensch werden zu können, 'ne vernünftige Arbeit zu finden, 'ne Familie zu haben, eben was man als Mensch so braucht, deshalb muss ich runter von der Droge!“*, sagte mir ein Klient in einer drogenfreien Wohngemeinschaft. – *„Die müssen eine innere Freiheit gewinnen, die krampfhaftige Suche aufgeben, die die Sucht kennzeichnet: Suche nach frühkindlicher Liebe, Sehnsucht nach illusionärem Glück, sonst können sie nie einen ordentlichen Platz im Leben finden!“*, sagte mir die Mitarbeiterin einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Sind die Konzepte so verschieden? Einmal ist das Freiheitsideal „unordentlich“, das an-

dere Mal „ordentlich“. Die „*Mühen der Freiheit*“, ihr oft schmerzlicher Gewinn „an den Grenzen“ wird wenig thematisiert. Die Dialektik zwischen Freiheit und Anpassung aber gilt es zum Thema zu machen, ganz gleich in welchem Ansatz, ob drogenakzeptierend oder drogenfrei.

Die Metareflexion drogentherapeutischer Konzepte auf der Seite der Helfer, aber auch mit den Betroffenen, steht wieder einmal an. Sie gehört ohnehin in den permanenten Auseinandersetzungsprozess, in dem psychosoziale Arbeit mit Blick auf ihre Positionen steht (Petzold 1978c, 1991e).

In der gegenwärtigen Diskussion über so genannte „Paradigmenwechsel“ in der Drogenarbeit wird es sehr wichtig sein zu sehen, welcher Zeitgeist denn weht. Ich habe den Eindruck, der Wind des Zeitgeistes weht einmal wieder sehr hart und sehr kalt. Das wird deutlich, wenn man sich anschaut, wie die Einführung von Methadonprogrammen 1980/1990 diskutiert wurde, im Wechselbad zwischen extremer Ablehnung und rückhaltloser Befürwortung. Was herauskommt, sind Maßnahmen von extremer Restriktion einerseits, so dass die Leute, die es eigentlich brauchen, nicht an einen Programmplatz kommen können, und völligem „*laissez-faire*“ andererseits – ich denke an die kaum kontrollierbare ärztliche Verschreibungspraxis, durch die erforderliche sozialtherapeutische Maßnahmen unterlaufen werden. Was dabei auf der Strecke bleibt sind differentielle Programme für unterschiedliche Zielgruppen, die „well designed“ an den Start gehen, sorgsam erprobt und durch Begleitforschung und durch Supervision evaluiert werden, um dann – wo erforderlich – notwendige Modifikationen zu erhalten. Da sich die Bedingungen des Drogenmilieus ohnehin ständig wandeln, müsste die Feedback-Schleife von Feldbeobachtung, Evaluation und Programmgestaltung ohnehin fest installiert werden, für niedrigschwellige Angebote gleichermaßen. Die oben zitierten Aussagen von Abhängigen und Helfern – und sie haben wahrscheinlich einen repräsentativen Charakter – zeigen bei genauer Betrachtung eine *Ambivalenz*, wie sie sich auch in der gesamten Diskussion spiegelt, die so viel Sand ins Getriebe wirft, sowohl bei den drogenakzeptierenden als auch drogenfreien Programmen. Diese Ambivalenz spiegelt die Haltung der Gesellschaft gegenüber dem autonomen, mündigen, selbstbestimmten, freien Subjekt wider. Der freie Mensch wird zwar gewünscht, man kann dies in den Basistexten der Demokratie nachlesen, die im Humanismus des 18. und 19. Jahrhunderts gründen. Die „freiheitlich demokratische Grundordnung“ vertritt ein solches Menschenbild explizit. Aber wir sehen auf der anderen Seite, dass diese Demokratien immer wieder auch Mündigkeit verhindern.

Pädagogik, Therapie und Beratung dienen dazu, das haben Berger und Luckmann (1970) in ihren Analysen eindrücklich gezeigt, Menschen in den gesellschaftlich lizenzierten Freiraum zurückzuholen, wenn sie diesen überschritten haben. Die Freiheit hat also ein Korsett. Die Qualität von Demokratie erweist sich daran, wie verhandelbar die gesellschaftlich festgelegten Grenzen (und auf solche kann natürlich nicht verzichtet werden) bleiben. Die Humanität von Demokratien erweist sich daran, wie sie mit Gruppen an der Grenze umgehen und auch daran, wie viel Ausgrenzung sie selbst produzieren. Das Schicksal von Randgruppen und Ausgegrenzten, von „dissozialen Jugendlichen“, Dro-

genabhängigen, Straffälligen wird hier aufschlussreich – nicht zu vergessen die alten Menschen, Hochbetagten, Behinderten und Pflegebedürftigen. An diesen „marginalisierten Menschen“ (*David Riesman*) – und manchmal handelt es sich dabei um recht große Populationen – zeigt sich die wirkliche Humanität oder Inhumanität von Gesellschaften, lässt sich erkennen, welche kontraproduktiven Menschenbilder am Werke sind; denn das geschriebene Wort allein zählt nicht. Der Deklarationen und Grundlagentexte gibt es viele. Was zählt ist die Umsetzung, die Praxis. Der *Schatten*, der auf dem geschriebenen und gesprochenen Wort liegt, zählt. Ihn gilt es zu sehen.

4. Therapeutische Menschenbilder – Zur Funktion von Menschenbildern in der Drogentherapie

Nach diesen skizzenhaften Vorüberlegungen dürfte eines – so denke ich – deutlich geworden sein: Die Frage nach den Menschenbildern ist nicht nur im Diskurs psychotherapeutischer Schulen zu sehen. Menschenbilder, das „systemische“ Menschenbild, das humanistisch-psychologische, das der Gestalttherapie, das der Psychoanalyse, das der Verhaltenstherapie, sind auf einer sekundären Ebene von fachdisziplinären Kursen angesiedelt.

All diese Menschenbilder existieren natürlich, allein die Frage ist: Welche kommen zum Zuge? Welchem Makrodiskurs entstammen sie oder werden sie eingegliedert, d. h. welchen Megatrends von Denken, Fühlen, Wollen, Handeln und gesellschaftlichen Interessenlagen? Derartige Megatrends sind nach wie vor *ökonomisch* bestimmt. Daneben steht die Freiheitsvision des Staatsbürgers/der Staatsbürgerin. Doch um welche Freiheit geht es? Freiheit zu konsumieren? Ja, natürlich! Aber welcher Konsum wird lizenziert? Nun, der, der die (gesellschaftliche?) Reproduktion aufrechterhält.

Analysen über die Funktion von Menschenbildern in therapeutischen Maßnahmen müssen immer die Metaanalyse von Menschenbildern im gesellschaftlich vorherrschenden Klima einbeziehen. Dies gilt für die Psychotherapie im Allgemeinen und für die Drogentherapie im Besonderen.

4.1 Menschenbild und Normalität

Fragen wir noch einmal spezifisch: Wofür brauchen wir in der Drogentherapie Menschenbilder? Nun, sie geben uns ein Bild von *Normalität*. Die meisten Bürger/innen dieses Landes haben ein fest umrissenes Bild von Normalität, einschließlich der Drogenabhängigen selber. Natürlich haben auch ihre Eltern, ihre Angehörigen ein solches Bild. Leistung, Ordnung, Zufriedenheit, Unauffälligkeit sind wichtige Merkmale von Normalität. Gegen derartige Wertvorstellungen ist auch prinzipiell nichts zu sagen, es kommt auf ihre Einfärbung an. Die Bedeutungen solcher Einfärbungen wurden mir besonders durch das Faktum deutlich, dass ich von 1979 – 2004 an der Freien Universität Amsterdam als Professor im klinischen Bereich lehrte und somit im kulturellen Vergleich die Maßnahmen der Drogenarbeit in Deutschland und die in den Niederlanden beobachten konnte und dabei feststelle, wie so ziemlich die gleichen Wertvorstellungen, nämlich die genannten, doch auf sehr unterschiedliche Art und Weise umgesetzt werden. Die deutschen Bilder von Normalität sind anders als die der Niederländer oder der Franzosen. Jede Maßnah-

me der Drogenpolitik und Drogentherapie sollte sich über das Bild von Normalität, die Bandbreite dessen, was man als normal gelten lassen kann und was nicht, im Klaren sein.

4.2 Menschenbild und Handlungsziele

Eine weitere Funktion von Menschenbildern ist die, dass sie uns Ziele für die psychotherapeutische, soziotherapeutische, agogische Arbeit vermitteln, genauer gesagt: Ziele und Metaziele (Petzold 1991a; Petzold, Leuenberger, Steffan 1998). Diese werden oft genug nicht explizit gemacht. Wenn der Mensch also frei selbstbestimmend, arbeitsam, fleißig, ordnungsliebend sein soll, so steht dies natürlich nicht in den Konzeptionen therapeutischer Wohngemeinschaften, obgleich in der Alltagspraxis genau diese Zielvorgaben angestrebt werden. Man liest vielmehr etwas über Autonomie, Selbstregulation, Kreativität, Spontaneität, Mündigkeit, aber dass die Klienten/Patienten sich einordnen sollen, fügen sollen – eben nicht selbstbestimmt sein sollen –, das liest man nicht. Wir haben hier Zielkonflikte und – schwerwiegender noch – Ziel-Mittel-Konflikte. Bleiben diese unerkannt und unbearbeitet, so bringen sie Patienten bzw. Klienten und Betreuer gleichermaßen in Schwierigkeiten. Man kann nicht Autonomie auf seine Fahnen schreiben und „Babyphasen“, wie wir sie in so manchen klassischen Wohngemeinschaftsmodellen oder Fachkliniken immer noch finden, praktizieren. Fragen nach der Ziel-Mittel-Divergenz, die Frage, ob Ziele und Mittel miteinander kompatibel sind, sind in der Fachliteratur noch kaum diskutiert worden. Sie werden in Supervisionen immer wieder zum Gegenstand der Auseinandersetzung. Im Übrigen stellt sich das Problem in gleicher Weise im niedrigschwelligen Bereich und bei der Substitutionsvergabe: *Was* wollen wir erreichen? *Wie* wollen wir es erreichen? – Drogenfreiheit durch Substitution? Treiben wir nicht den Teufel mit dem Beelzebub aus (auch wenn der Gedanke des „Ausschleichens“ im Hintergrund steht)? Dies sind keine einfachen Fragestellungen. Sie haben nicht nur eine klinische Bedeutung, sondern auch eine ethische Relevanz. Wird Drogenfreiheit durch vorübergehende Substitutionsbehandlung erreichbar? Diese Frage ist durch empirische Forschungsergebnisse noch nicht überzeugend beantwortet worden. Die Zielkonflikte und Ziel-Mittel-Konflikte sind noch relativ ungelöst. Substitutionsbehandlung als humanitäre Hilfeleistung in einer auswegslosen Abhängigkeit, als palliative Maßnahme sozusagen? Hier zeigt sich kein Zielkonflikt, indes aber ein möglicher Ziel-Mittel-Konflikt, wenn nämlich Humanität nur durch die Verabreichung einer substitutiven Droge gewährleistet werden soll und flankierende soziotherapeutische Maßnahmen eher mager sind oder ausfallen.

Gehört ein Begriff wie „Menschenwürde“ zu unserem Bild vom Menschen, so muss er in den Zieldimensionen interventiven Handelns, im Sinne der Sicherung von „Integrität“ (vgl. jetzt Petzold, Orth 2011; Sieper, Orth, Petzold 2010), berücksichtigt werden, und dann wird eben nicht mehr „jedes Mittel recht“. Was ich meine, wird vielleicht an einem Beispiel aus der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Drogenabhängigen Anfang der 70er Jahre deutlich, in der ein englischer Arzt namens Rathod sich eine Methode der Aversionsbehandlung ausgedacht hatte, die in Insiderkreisen als „Rathodsches Roulette“ bezeichnet wurde (sie fand glücklicherweise keine allzu große Verbreitung; vgl. Wormser 1974; Thompson, Rathod 1968). Man hatte da eine Drehscheibe mit ein paar aufgezoge-

nen Fixen. In einer war Aqua Dest., in der anderen war guter Stoff, in der dritten war Scolin usw. Nun konnten die Junkies die Scheibe in Bewegung setzen, um auszuprobieren, ob sie sich einen „geilen Schuss“ holen konnten, der ihnen ein „high“ oder eine Lähmung der quergestreiften Muskulatur für 60 Sekunden (eine – trotz Beatmung – medizinisch nicht unbedenkliche Prozedur) bescherte oder einfach „null“. Drogenfreiheit ist ein hohes Ziel, aber es darf nicht um jeden Preis und mit jedem Mittel angestrebt werden. „Hair cuts“ und Briefzensur sind sicher keine vertretbaren Mittel. Bislang ist es noch schwer zu entscheiden, ob die Verabreichung substitutiver Drogen (ich weigere mich nach wie vor, hier von „Medikament“ zu sprechen) als Mittel mit dem Ziel der Befreiung von Drogen vereinbar gemacht werden kann. Man muss das auf jeden Fall versuchen. Die Notlagen von Schwerstabhängigen als solche und die schwerwiegenden Infektionsrisiken (Hepatitis, AIDS) machen diesen Versuch notwendig. Unter dem Humanitätskriterium müssen die in einem drogenfreien Programm geltenden, handlungsleitenden Werte wie Freiheit, Integrität, Würde und das ihnen zugrunde liegende Menschenbild mit der konkreten Praxis abgeglichen werden, um zu überprüfen, ob sie tatsächlich realisiert werden.

Ich war immer ein entschiedener Gegner von Substitutionsprogrammen, deren Charakteristik allein darin bestand, eine *Ersatzdroge* zu administrieren. Ich habe immer komplexe, soziotherapeutische Programme unter Einbezug von Substitutionen als *einen* möglichen Weg der Drogentherapie vertreten. Wir hatten dies 1972 in Hannover mit dem ersten Methadonprogramm in der Bundesrepublik versucht. Ich habe es damals supervidiert und leitete auch ein Begleitforschungsprojekt zum Modellversuch des Landes Nordrhein-Westfalen zur niedrigschwelligen Drogenarbeit. Ich bin also keineswegs festgelegt auf „drogenfreie“ Programme, und ich halte akzeptierende Drogenarbeit als eine wichtige Linie unter den helfenden Maßnahmen für unverzichtbar. Es sind nur bohrende Fragen, die sich mir stellen, denn es genügt nicht, nur „pragmatisch“ vorzugehen. Ich sehe natürlich die Populationen, die man vielleicht gar nicht anders erreichen kann, und – genauso wichtig – auch die Gruppe von Abhängigen, die man vor einem allzu tiefen Absturz und einer völligen sozialen Desintegration (welche ihre Behandlungschancen für jedweden Ansatz erheblich vermindert) bewahren muss. Aber ich sehe auch das Dilemma, das dabei behandlungsmethodisch entsteht, und das gilt es zu lösen.

Neben das Ziel der Drogenfreiheit stellt sich das der Gewährleistung einer akzeptablen *Lebensqualität*, das der „Gewährleistung einer zumindest minimalen Integrität“ (Petzold 1991k, 1990n). Derartige Zieldimensionen müssen sorgfältig überdacht werden, insbesondere im Hinblick auf ihre Realisierung. Wenn Drogenabhängige sich nicht zur Drogenfreiheit helfen lassen „wollen“ – angemessener wäre zu sagen „können“ –, was muss dann das Ziel unserer Hilfeleistungen sein? Sicher nicht nur, sie optimal mit kontrollierbaren Drogen zu versorgen. Lebensqualität muss mehr beinhalten. Gewiss aber muss auch all das bereitgestellt werden, was gewährleistet, dass Abhängige nicht elendig in einem Abrisshaus oder einer Bahnhofstoilette zugrunde gehen.

4.3 Menschenbilder und Behandlungsmethoden

Die unterschiedliche Fokussierung von Leitwerten, das Aufgreifen unterschiedlicher Aspekte bei Menschenbildern muss zu verschiedenen methodischen Zugängen führen. Ein „Entweder-Oder“ ist hier nicht angebracht. Die Interventionsstrategie, die Wahl der Methoden muss sich bei drogenfreien und drogenakzeptierenden Programmen unterscheiden. Die praxeologischen Konsequenzen, die sich aus einer solchen unterschiedlichen Fokussierung herleiten, reichen bis in die Konzipierung von Einrichtungen und Programmen. Darüber sollte man sich klar sein. Wenn man sieht, wo „gestrichen“, gekürzt wird, was für notwendig und für unsinnig erachtet wird, so lassen sich im Hintergrund immer wieder derartige Wertsetzungen erkennen. Sind Streetwork (*Vollmer 1974; Steffan 1988*), so ein Kreativworkshop (*Bachmann 1974*) oder so ein Drogencafé wirklich notwendig? Ist es nicht viel sinnvoller, „fundierte“ Psychotherapie anzubieten, klare sozialarbeiterische Maßnahmen, in denen wirklich intensiv und effizient gearbeitet wird? Sind derartige, mehr auf Rekreation und Kontakt abzielende Dinge nicht Geldverschwendung, wo man doch jeden Euro braucht, um die therapeutisch hochrangigen Ziele: Drogenfreiheit, seelische Gesundheit, soziale Reintegration und Arbeitsfähigkeit zu erreichen? Wie immer man diese Fragen entscheidet, es wird damit aber in die „solide Therapie und Sozialarbeit“ ein Anspruch hereingetragen, an dem die Abhängigen wie die Betreuer/Therapeuten scheitern müssen. Die Ziele sind zu hoch gesteckt, als dass sie mit den zur Verfügung stehenden Methoden erreicht werden können. Neben das Problem der Ziel-Mittel-Divergenz tritt das des Ziel-Mittel-Hiatus mit dem Idealbild eines gut integrierten, leistungsstarken, kreativen, kommunikativen, bildungsfähigen Menschen im Hinterkopf (wo finden wir den?). Wie sollen besonders jugendliche Drogenabhängige, die neben den üblichen Adoleszenzkrise zerrüttete soziale Netzwerke haben, kaum über Ressourcen verfügen (Arbeit, Geld, Wohnung, Beruf, Fachkenntnisse) mit dem methodischen Ansatz der Wohngemeinschaftsarbeit und einer auf zwölf oder heute sechs Monate zusammengestrichenen Verweildauer mit einem kleinen Nachschlag als Rehabilitations- und Reintegrationsphase (deren Finanzierung im übrigen durch die Kostenträger nicht vernünftig abgesichert ist), „gesund“ und sozial funktionsfähig gemacht werden? Wie soll das gehen? Oft genug finden sich im Hintergrund der Drogenabhängigkeit schwerste Schäden in der Persönlichkeitsentwicklung, Borderline-Erkrankungen, Psychosen. Borderline-Patienten werden in der klassischen Psychoanalyse bei drei bis vier Wochenstunden über vier bis neun Jahre behandelt; und dann sollten zwölf oder achtzehn Monate „Kompakttherapie“ in der therapeutischen Wohngemeinschaft ausreichen? Heilung braucht Zeit, Wachstum braucht Zeit. Der Mensch ist ein Wesen mit der Fähigkeit zu persönlichem Wachstum (*Rogers, Maslow, Perls*). Aber wo wird diese Zeit gegeben? Im Gegenteil, sie wird allenthalben verknappt, denn „Zeit ist Geld“. In der Tat! Dies sollte man im Hinblick auf die sich durch *unzureichende Maßnahmen verlängern den Karrieren* auf der Seite der Kostenträger durchaus bedenken. Drogenarbeiter, ganz gleich, ob in Wohngemeinschaften oder in der Ambulanz, müssen sich mit Blick auf die zu kurz bemessenen Behandlungszeiträume etwas in die Tasche lügen, oder sie werden gezwungen zu manipulieren, oder sie müssen resignieren; denn mit den bestehenden

Methoden der Drogenarbeit sind die über die Kostenträger vorgegebenen Aufträge der Gesellschaft nicht zu leisten ... und sie werden nie zu leisten sein. Die gleichen Strategien, zu denen die Mitarbeiter gezwungen werden, müssen auch von den Abhängigen, den Klienten/Patienten adaptiert werden. Sie werden durch die Strukturen dazu angehalten, zu „filmen“, von jeder Stufe zur anderen, Berichte zu schreiben, etwas vorzuspielen, was hinten und vorne nicht stimmt. Sie müssen sich und anderen etwas vormachen, manipulieren oder ihrerseits resignieren. Vielleicht landen sie dann bei Programmen mit akzeptierender Drogenarbeit, dem „Hort der Gescheiterten“.

Die Leistungsideologie im Rahmen der Drogentherapie, die nicht die erforderliche Zeit für persönliche Heilungs- und Wachstumsprozesse berücksichtigt, programmiert das Scheitern eines äußerst wichtigen Ansatzes der Drogenarbeit, nämlich der „drogenfreien Programme“, besonders wenn diese nicht durch weiterführende Maßnahmen abgesichert werden. Es enthält diese Richtung der Drogenarbeit sogar Druck von anderen Drogenarbeitern aus dem niedrighschwelligem Lager, die mit den vielen Gescheiterten („schon dreimal in der Wohngemeinschaft, hat alles nichts gebracht!“) in Kontakt kommen und die weiterhin mit denjenigen arbeiten müssen, für die die Schwelle der Wohngemeinschaft zu hoch ist. Diese Kollegen sehen häufig nicht, wo die eigentlichen Ursachen des Scheiterns liegen, nämlich in den seltensten Fällen in den Prinzipien drogenfreier Programme selbst. Eine solche Kurzsichtigkeit in der Beurteilung methodischer Ansätze nützt niemandem. Drogenakzeptierende Arbeit steht *noch nicht* unter dem Legitimationsdruck, dem die drogenfreien Programme ausgesetzt sind (er wird allerdings noch kommen, denn eine Effizienz – etwa als regionaler Rückgang von Kriminalität und Beschaffungsprostitution – wird die Gesellschaft schon verlangen).

Mit Blick auf die Zeitdimension, die für Wachstums- und Heilungsprozesse erforderlich ist, müssen methodische Konzepte entwickelt werden, die mittel- und langfristig angelegt sind und einen solchen zeitlichen Rahmen optimal nutzen und die differenziell zugespitzt sind auf die Situation des jeweiligen Abhängigen. Normierte Lösungen werden hier nicht greifen. Die Vielfalt der Angebote in der Drogenarbeit entspringt ja nicht nur dem Einfallsreichtum der Drogentherapeuten oder ihrer Hilfsosigkeit, sondern sie ist auch Ausdruck der Bandbreite von Problemen der unterschiedlichen Drogenpopulation, der unterschiedlichen Persönlichkeiten, die uns mit jedem Drogenabhängigen begegnen. Eine „differentielle Drogentherapie“ (Petzold 1969c, 1971c) wird erforderlich, die eine Vielfalt von Methoden einsetzt (idem 1972f) und eine Vielfalt von Wegen beschreitet. Dieses von mir schon früh vertretene Konzept wird besonders unter dem Eindruck longitudinaler Untersuchungen plausibel (Rutter 1988). An derartigen Untersuchungen fehlt es hierzulande noch fast gänzlich. Nur sie aber lassen es zu, die Entwicklung von Drogenabhängigkeit zu verstehen, typische Karrieren zu identifizieren und damit auch entsprechende Hilfsangebote methodisch solide zu erarbeiten. Es würde auf diese Weise auch eine Einschätzung helfender Maßnahmen möglich – auch das fehlt weitgehend. In einer eigenen Untersuchung von 62 Drogenabhängigen über den Zeitraum von 1970 bis 1978 war eines der hervorstechendsten Ergebnisse die zunehmende Resignation von Befragten im Hinblick auf die Angebote von Drogeneinrichtungen. Bei 74 % wurde man-

gelnde Kontinuität beklagt, d.h. fehlende Vernetzung der verschiedenen Hilfsagenturen (Petzold 1980c). In einer 1990 durchgeführten Nachbefragung, also nach zwanzig Jahren, konnte ich noch 15 Klienten auffinden. Davon waren dreizehn clean (alle hatten harte Drogen genommen). Wir haben hier ein Ergebnis, das uns in ähnlicher Weise aus den „Selbsteilerstudien“ (Happel 1988; Schneider 1988) und auch aus der Nachbefragung der Klienten des hannoveranischen Methadonprogrammes von 1974 zwölf Jahre später durch Krach und Peschke (1987) bekannt ist. Bemerkenswert war in meiner Nachuntersuchung für mich das Ergebnis, dass die Befragten angaben, sie seien nie für eine längere Zeit „total abgestürzt“, d.h. ohne irgendeine Hilfe gewesen. Es habe immer Menschen oder Hilfsagenturen gegeben, die sie vor dem „Letzten“, sich z.B. eine Überdosis zu setzen, bewahrt hätten. Es waren also „protektive Faktoren“ (Petzold et al. 1993; Kolvin et al. 1988) im Spiel, und über derartige protektive Faktoren wissen wir noch viel zu wenig. Longitudinaluntersuchungen bei Drogenabhängigen zeigen, dass neben „emotional distress“ das Fehlen von „social support“ in der späten Adoleszenz ein bedeutsamer Faktor für den Drogengebrauch ist (Newcomb, Bender 1988a, b; 1990, 175; Kandel et al. 1986; Yamaguchi, Kandel 1984).

Einen weiteren Punkt möchte ich aus meiner Nachbefragung noch herausheben, und zwar die enorme Kreativität und Lernfähigkeit der Klienten. Auf die Frage „Wie hast Du es geschafft zu überleben und drogenfrei zu werden?“ kamen in der Mehrzahl Antworten wie: „Weil ich clever war! Weil mir immer etwas einfiel“ etc. Neben den „protektiven Faktoren“ war dies der wichtigste Punkt. Das hat mich wieder in einem bedeutsamen Aspekt meines Menschenbildes bestärkt: dass der Mensch lernfähig und in hohem Maße kreativ ist. Ich habe gerade diese Fähigkeit immer wieder bei Drogenabhängigen bewundert. Wie sonst sollten sie im „Großstadtdschungel“ überleben? „Erfolgreich zu dealen“, „gut zu linken“, „Apos zu machen“, ohne dass man geschnappt wird, das sind doch Überlebenstechniken, deren Effizienz nicht zu übersehen ist. Gut, man geht krumme Wege und manchmal eine harte Tour, aber das ist doch in anderen Bereichen der Gesellschaft nicht anders. Das Stichwort „Waffengeschäft“ zeigt ja nur die düsterste Seite auf. Hartes Business wird mit Bewunderung betrachtet. Nur, Drogenabhängige produzieren nichts volkswirtschaftlich Wertvolles und deshalb werden sie stigmatisiert, wird ihnen das Bild „kaputter Menschen“ in einer Totalität zugeschrieben, dass die „Helfer“ ihre kreativen Bewältigungsfähigkeiten, die sie über Jahre in Elendssituationen haben überleben lassen, nicht mehr sehen können, geschweige, dass sie diese Fähigkeiten in methodischen Ansätzen potential-orientierter Drogenhilfe zu nutzen vermögen. Das heißt auch: Wie können Drogenberater und DrogentherapeutInnen, Streetworker und SozialarbeiterInnen die soziale und persönliche Kreativität (auch die – juristisch und gesellschaftlich gesehen – „negative Kreativität“) nutzen und als Potential sehen, ohne dass uns der legistische und der medizinalisierte Blick mit den dahinter stehenden Menschenbildern eine adäquate Sicht unserer Klienten verstellt?

Lernfähigkeit, Kreativität und Überlebenswillen sind ein Kapital, auf das man in der Drogentherapie zurückgreifen muss, wenn man Menschen helfen will, aus einer „Negativkarriere“ auszusteigen. Das Konzept der „Karrierebegleitung“ (Petzold 1980c, 1990j, 1990k; Petzold, Hentschel 1991) scheint mir eine adäquate Möglichkeit, diese Perspektive aufzu-

greifen. Als ich den Begriff der „*chaîne thérapeutique*“, das Konzept der „Therapiekette“ in die Literatur einführte (Petzold 1969c, 1974l, 1980c), verstand ich darunter nicht nur eine Vernetzung bestehender Hilfsagenturen (von Streetwork über die Beratungsstelle zur therapeutischen Wohngemeinschaft und zum Reentry-Programm), sondern auch eine Kette von Hilfeleistungen über die Zeit der Drogenkarriere hin, eine Kette, die nicht irgendwann unvermittelt abreißt, und gäbe es noch so viele Rückfälle. Drogenarbeit und -therapie als Prozess der Neusozialisation, orientiert am Bild des wachstumsfähigen Menschen, erfordert *zeitextendiertes* Arbeiten.

Nach wie vor gilt: „Die sich aus dem Sozialisationskonzept ergebenden Implikationen können nur durch eine Kettenstruktur realisiert werden, einerseits wegen ihrer Komplexität, zum anderen wegen der erforderlichen zeitlichen Dauer“ (idem 1980c, 227). Dieser Zeitaspekt des Kettenkonzeptes muss als gleichwertig neben dem Institutionsaspekt gesehen werden. Nur so kann eine erfolgreiche Karrierebegleitung mit der Chance der Veränderung maligner Karrieren gewährleistet werden. Ein solches Ziel langfristiger Veränderung muss, das ist meine Überzeugung, auch bei niedrigschwelligen Maßnahmen oder in der akzeptierenden Drogenarbeit mitgegeben sein. Ansonsten gerät sie in eine hoffnungslose Resignation. Sie verrät das Veränderungspotential, das jedem Menschen innewohnt, und sei er noch so krank oder zerstört, ja sie steht in der Gefahr, zur „selbsterfüllenden Prophezeiung“ zu werden, einen Rosenthal-Effekt zu produzieren.

4.4 Menschenbilder und Ethik

Mit den zuletzt vorgetragenen Bemerkungen wurde wieder die Frage der Ethik angesprochen. Auf die Thematisierung ethischer und normativer Fragen kann in der Psychotherapie allgemein (Petzold 1990n, 1991l; jetzt Moser, Petzold 2003/2007; Petzold, Orth, Sieper 2010; Petzold, Sieper 2011a) und besonders in der Drogenarbeit nicht verzichtet werden.

Bei der Durchsicht der relevanten Fachliteratur finden wir indes mit Bezug zum Drogenproblem wenig Erhellendes. So bleiben die ethischen Konzepte genauso implizit wie die Menschenbilder. Wie ich einen Menschen sehe, ihn werte, ihn wertschätze, wie ich mich selbst als Mensch sehe, wie ich Mitmenschen, Mitmenschlichkeit sehe, das bestimmt die ethischen Grundlagen meines praktischen Tuns. Praktisches Tun beginnt bei der Menge von Geld, die Politiker für Drogenarbeit bereitstellen, bei den Investitionen, die eine Gesellschaft für Prävention macht. Praktisches Tun setzt sich fort in der Politik der Kostenträger, aber auch in der der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege. Auch das muss man betrachten: Was haben das Diakonische Werk, die Caritas, der DPWV, die Arbeiterwohlfahrt in den letzten zwanzig Jahren im Drogenbereich getan? Dabei wird es wichtig, nicht nur die Erfolgsbilanz, sondern auch das Scheitern und vor allen Dingen den „Goodwill“ anzuschauen. Man muss sich auch anschauen, wo Entwicklungen nicht rechtzeitig erkannt wurden, wo institutionelle Zwänge ausgeübt wurden, wo ein Verband nicht genügend kämpfen konnte oder wo es Zwißigkeiten zwischen den Intentionen des Spitzenverbandes und denen von Mitarbeitern in den Einrichtungen gegeben hat aufgrund divergierender Menschenbilder, aufgrund unterschiedlicher Gewichtungen ethischer Postulate. Drogenfreiheit, Niedrigschwelligkeit, Substitutionsbehandlungen waren wieder-

um Schlüsselbegriffe, an denen sich die Geister schieden ... für einige Zeit zumindest. Sehe ich den Menschen als Subjekt, der seine Subjekthaftigkeit durch **Dialoge** bzw. durch **Polylogie** im intersubjektiven Miteinander gewinnt (*Bachtin, Buber, Levinas, Marcel, Mead*; vgl. *Petzold* 1996k, 2002c), so wird es auf der Grundlage eines solchen anthropologischen Konzeptes unverzichtbar, Behandlungsstrategien dialogisch/polylogisch auszuführen und auch dialogisch resp. polylogisch zu planen. In der Drogenarbeit steht es ja nicht anders als in vielen therapeutischen Feldern: *Für* die Betroffenen wird etwas geplant, *mit* ihnen wird etwas gemacht. Die „öffentliche Hand“ geht hier mit den Helfern einig. Die Betroffenen als „*Experten für ihre Situation*“ werden selten gehört (*Petzold* 1990i). Wo wurden Drogenabhängige befragt, was ihrer Auffassung nach an Hilfen bereitgestellt werden müsste? Wo finden sich derartige Erhebungen und wo wurden sie umgesetzt? *Parentifizierung* und *Klientilisierung* übergehen die anthropologische Gleichrangigkeit zwischen Helfern und Hilfsbedürftigen (*Steffan* 1988). Werden diese Potentiale nicht genutzt, so werden Chancen verspielt, zu besseren Wegen in der Drogenhilfe zu kommen. Letztlich reproduzieren sich in derartigen Parentifizierungen auf der Makroebene drogenpolitischer Verfügungen und der Mikroebene therapeutischer Interventionen *strukturelle* Einflüsse, die in den Biographien von Drogenabhängigen pathogen gewirkt haben. Es ergibt sich so eine unguete Kette von Weisungen: Die Politiker geben die Richtung an und die Kostenträger und Spitzenverbände folgen und oftmals mit eigenen Varianten. Mehr *volens* als *volens* – folgen die Mitarbeiter in den Einrichtungen und sagen ihrerseits den Klienten „wo es langgehen soll“. Wirkliches *paritätisches* Miteinander ist selten und es ist auch mühsam, obwohl der Nutzen der „Expertise“ der Abhängigen in dialogisch/polylogisch geplanten Projekten für die Drogenarbeit eine Menge zu bieten hätte. Das führt uns zum folgenden Punkt:

4.5 Menschenbilder und interpersonale Grundhaltung

Menschenbilder vermitteln **Grundhaltungen** für das Miteinander zwischen den Menschen: Grundhaltungen in der gemeinsamen, alltäglichen Arbeit, in der Pädagogik, in der Therapie, in der Sozialarbeit, in der politischen Auseinandersetzung. Sie entscheiden darüber, wie ich einem Menschen grundsätzlich als Mitmenschen gegenüber trete, nicht mit dem ideologischen Korsett einer therapeutischen Schule, nicht mit der Ausrichtung an einer bestimmten politischen Ideologie, sondern von einer Basiserfahrung her, einem Wissen darum, dass wir *consortes*, Schicksalsgenossen sind. Eine solche anthropologische Grundhaltung besagt, dass wir immer eine Chance haben, uns begegnen zu können (*Petzold* 1991b), egal wie desolat die Situation des anderen oder unsere gemeinsame Situation auch ist. Sie traut darauf, Menschen erreichen zu können, und übersteigt damit jede fasadäre Professionalität, die oft genug ihre Hilfslosigkeit und Ohnmacht hinter pseudotherapeutischen Haltungen und klinischem Jargon kaschiert. Die durch Mitmenschlichkeit *fundierte Professionalität* von „Menschenarbeitern“ gerät nicht in solche Hilfslosigkeit (vgl. jetzt *Leitner, Petzold* 2005/2010). Sie fühlt sich dem Konzept eines „kritisch-reflektierten Altruismus“ (sensu *Henry Dunant* oder *Peter Kropotkin*; vgl. jetzt *Petzold, Sieper* 2011) und konkreter „wechselseitigen Hilfeleistung“ verpflichtet und weiß um die Möglichkeiten „wechselseitigen Lernens“ (*Petzold, Schobert, Schulz* 1991). Es wird hiermit auch die Möglichkeit unterstellt, dass wir, die Helfer, von Drogenabhängigen lernen können – nämlich

über den verzweifelt-kreativen Umgang mit schweren Persönlichkeitsverletzungen –, was Politiker von Drogenabhängigen lernen können – nämlich Wissen über die toxischen Einflüsse inhumaner gesellschaftlicher Bedingungen (und sollten diese auch nur in Randbezirken unseres Staates anzutreffen sein, so müssten sie aufgesucht, untersucht und geändert werden. Die besten Auskunftspersonen sind hier die Betroffenen, wenn sie die Geschichte ihrer Verletzungen und Beschädigungen erzählen). Eine reflektierte und *erfahrene* intersubjektive Grundhaltung kann uns ermutigen, auch zu einer er zwischenmenschlichen Praxis mit den Betroffenen zu finden, aber dazu müssen wir sie aufsuchen, bereit sein, auf sie zu hören und sensibel zu werden für unsere Formen der Abwehr gegenüber dem, was wir nicht gerne hören oder nicht hören wollen.

5. Über die Quellen von Menschenbildern

Über die Quellen von Menschenbildern zu sprechen, muss skizzenhaft bleiben. Die hiermit verbundenen Fragestellungen sind zu umfassend. Menschenbilder entfließen *kulturellen Mythen und Megatrends* (Petzold, Orth, Sieper 2012a). Bei einer Formel wie: „Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen“, hören wir den platonisch-christlichen Diskurs zu uns hindurchtönen. Aber diese Formel hat sicherlich eine andere Bedeutung im Kontext eines Kommunion- oder Konfirmandenunterrichts oder im Kontext kritisch-humanistischer Erziehung oder als Hintergrundidee psychologischer Schulen wie der Gestalttherapie und dem Psychodrama. Diese alte Formel abendländischer Kultur hat also in ihren verschiedenen „Einfärbungen und Variationen“ eine prägende Kraft behalten. Die kulturellen *Megatrends* schlagen sich in gesellschaftlichen Makrotrends nieder und finden dort konkrete Formen in Gesetzen, in Verordnungen, in der Bereitstellung von Finanzmitteln usw. Die kulturellen Menschenbilder werden auf dieser Ebene transformiert – oft bis zur Unkenntlichkeit. Zuweilen entstehen auch neue Menschenbilder aus der Dynamik konkreter gesellschaftlicher Prozesse. Schließlich finden wir *Mesotrends* in spezialisierten gesellschaftlichen „communities“: in „*scientific communities*“ (Kuhn 1970) – der der Drogenforscher –, in „*professional communities*“ (Petzold 1991g) – der der Drogentherapeuten –, in „*commercial communities*“ –, der der Klinikträger, aber auch der der Dealer. In all diesen Bereichen werden bestehende Menschenbilder transformiert, adaptiert, fraktioniert, auf Brauchbares und Unbrauchbares hin selektiert. Zuweilen werden auch Versionen von einer gewissen Novität geschaffen und natürlich besteht eine ganz große Bandbreite darin, *wie* solche Konzeptionen eingesetzt werden, was sie stützen sollen, was sie legitimieren müssen und wie sie sich in individuellen Lebenshaltungen konkretisieren. Damit kommen wir zu den Quellen „*persönlicher Menschenbilder*“, also zur Mikroebene, die Niederschlag von *Megatrends* und *Makrotrends* ist und die durch die *Mesoebene* von Subkultur, Schichtzugehörigkeit und Familientraditionen vermittelt werden. Dennoch: Es finden sich sehr persönliche Ausformungen. Es ist von Seiten der Psychotherapie noch kaum beachtet worden, dass die aus den verschiedenen Schichtungen des sozialen Kontextes vermittelten Menschenbilder im Individuum auch konstitutiv für das Selbstbild werden. Ich bin ja Mensch, und so fließt meine Definition des Menschen auch in meine Selbstdefinition ein, tragen die Menschenmodelle meiner Umgebung zu meinem Selbstkonzept bei (Filipp 1979; Epstein 1979). Attributionstheoretische und identitätstheoretische Überlegungen

(vgl. jetzt *Petzold* 2001p, 2011b) können hier genauso beigezogen werden wie das Konzept „**kollektiver mentaler Repräsentationen**“ (*Moscovici*; vgl. jetzt *Petzold* 2003b, *Petzold, Orth, Sieper* 2012a). Diese Repräsentationen bilden durch **Mentalisierungsprozesse** und **Interiorisierungen** (*Vygotskij* 1978; *Petzold* 2009g, k, 2012e) innere normative Repräsentationen. Wir sprechen von „Gewissen“, das greift weiter als das Über-Ich-Konzept der Psychoanalyse (vgl. *Petzold, Orth, Sieper* 2010). Das persönliche Menschenbild des Drogenabhängigen, mit dem ich arbeite und sein Selbstbild sind es wert, exploriert zu werden. Dann nämlich können wir beginnen, Abhängige zu verstehen. Wir werden feststellen, dass Gewissens-Strukturen durchaus nicht fehlen, sondern so anders, so fremd sind, dass wir sie nicht sehen, dass die Selbstkonzepte der PatientInnen uns unvertraut sind, weil sich ihre Visionen vom Menschen so nachhaltig von den unseren unterscheiden.

Was die Menschenbilder angeht, die aus den „scientific and professional communities“ herkommen, so ist es für den Drogentherapeuten unerlässlich, sie genau zu betrachten: das systemische Menschenbild der Familientherapeuten, das experientielle der Gestalttherapeuten, das verhaltensorientierte der Verhaltenstherapeuten, das psychodynamische der Psychoanalytiker. Ich habe dies in meinem Buch „Wege zum Menschen“ (idem 1984a) zu bewerkstelligen versucht, indem ich Schulengründer oder bedeutende Vertreter psychotherapeutischer Schulen dazu eingeladen hatte, die Basiskonzepte ihres Verfahrens vorzustellen. Bei einem solchen Unterfangen wird deutlich: Schulenspezifische Menschenbilder sind – auch aus einer Metaperspektive betrachtet – auch nur Fragmente, die eigentlich miteinander in Dialog treten müssen, um ihre Aspekthaftigkeit, ihre Teilwahrheiten zu einem sinnvollen Ganzen zusammenzufügen.

Der Triebdeterminismus der psychoanalytischen Metapsychologie hat diese in eine „Krise der Theorie“ (*Thomä, Kächele* 1986) geführt. Sie könnte das wachstumsorientierte Menschenbild von *Rogers* oder *Perls* als Komplementierung gebrauchen. Die humanistischen Psychologen ihrerseits haben der anthropologischen Größe „Krankheit“ zu wenig Beachtung geschenkt. Für sie war der Beitrag der Psychoanalyse nützlich.

In einer solchen Situation und mit Blick auf das Faktum, dass bislang die Mehrzahl der psychotherapeutischen Schulen keine soliden empirischen Effizienznachweise für ihre Behandlung von Drogenabhängigen mit überzeugenden Erfolgen in Langzeitkatamnesen erbringen konnten, ist überhaupt kein Grund dafür gegeben, dass sich die Psychotherapieschulen und ihre Funktionäre um den Kuchen „Drogentherapie“ zu streiten beginnen oder von Seiten bestimmter Schulen theoretische Hegemonieansprüche angemeldet werden, denn auch die theoretischen Modelle der einzelnen Richtungen (z. B. der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie, der Gestalttherapie) erweisen sich nur als Konstrukte, die Teile des Phänomens „Drogenabhängigkeit“ zu explizieren versuchen, die in ihrer Einseitigkeit durchaus Nützliches bieten, ohne indes ausreichende Erklärungsvalenz für die Drogenabhängigkeit und ihre verschiedenen Formen zu besitzen. Niemand hat hier die Lösung, sondern wir brauchen diese unterschiedlichen, schulenspezifischen Menschenmodelle, Krankheitskonzepte, Therapiestrategien als sich komplementierende, ergänzende, ja sogar Einseitigkeiten korrigierende Visionen vom Menschen.

Die psychotherapeutischen Schulen haben allerdings große Schwierigkeiten, eine gewisse Exzentrizität zu ihrer eigenen Position zu gewinnen (Petzold 1991g, 2009k; vgl. Grawe 1998; Petzold, Orth, Sieper 2012a), etwa zu dem Faktum, dass ihre Werte, Ziele, Konzepte zum größten Teil mittelschichtspezifisch sind (Leitner, Petzold 2005/2010). Die großen Therapieschulen wurden in der Arbeit mit Angehörigen der oberen Mittelschicht und Oberschicht erarbeitet und natürlich muss man sich fragen, welche Auswirkungen es hat, wenn Mittelschichtstherapeuten mit Mittelschichtskonzepten mit Drogenabhängigen arbeiten, die zu einem großen Teil aus „benachteiligten Schichten“ kommen (Hecht et al. 2012). Welche Möglichkeiten haben die Helfer, die Menschenbilder ihrer Klienten zu verstehen, die diese in ihrer Sozialisation in „Broken-home-Familien“ vermittelt bekamen oder die sie während ihrer Drogenkarriere erworben haben, denn auch die Drogenkarriere prägt Menschenbilder. Menschenbilder sind ja Niederschlag des Bildes, das man von Menschen konkret sieht, welches Bild man von ihnen im tagtäglichen Umgang erhält. Hier wird deutlich: Menschenbilder sind nicht nur etwas Kognitives, sie gründen in Erfahrungen, sind emotional besetzt. Deshalb ist es so schwer, sich in andere Visionen vom Menschen einzufühlen und gegenüber den eigenen Vorstellungen eine gewisse Exzentrizität zu gewinnen. Wo man glaubt, dies geleistet zu haben, geschieht es doch oft genug, dass gleichsam „durch die Hintertür“ die alten Konzepte wieder hereinkommen. Um zu verdeutlichen, was ich meine, zwei Beispiele: Sigmund Freud hat einmal versucht, seine Theorie der Psychoanalyse in einen Satz zu fassen, der lautet: „Wo Es war, soll Ich werden. Es ist Kulturarbeit, etwa wie bei der Trockenlegung der Zuidersee“ (Freud 1933a, GW 15, 86). Dieser Satz besagt eigentlich nichts anderes als das, was die platonisch-christliche Tradition immer schon gelehrt hatte: dass nämlich das „sündige Fleisch“, das „Es“ unter die Herrschaft des „lumen rationis“, des Lichtes des hellen Verstandes, der Vernunft gezwungen werden müsse. Freud war eigentlich einmal angetreten, den Trieb zu befreien. Stattdessen spricht „Es“ aus ihm, ohne dass er sich dessen bewusst ist, murmelt aus ihm der jüdisch-christlich-platonische Diskurs von der Disziplinierung des Fleisches (Petzold 1991m). Hier hatte Freud offenbar keine Exzentrizität zu seiner Tradition, die er bekämpfte und zugleich reproduzierte (Leitner, Petzold 2009). Oder ein anderes Beispiel: Habermas – damals, 1968, so ein kleiner Prophet für uns, beantwortete die Frage: „Wie erhalten wir das gute Leben für alle in dieser Gesellschaft?“ mit dem Konzept des *herrschaftsfreien Diskurses*, in dem das bessere Argument zählt (Habermas 1968, 1971). Einige von uns sind damals dann mit dieser Idee an die Fabrikatoren gegangen und haben versucht, mit den Arbeitern zu diskutieren, die natürlich völlig befremdet waren. Der *Diskurs*, d.h. die geschliffene akademische Rede, die *disputatio*, die sich über die Auseinandersetzungen zwischen Gelehrten im Mittelalter zurückverfolgen lässt bis in die Rhetorikschulen der Spätantike und Antike, wurde von Habermas, der doch ein reflektierter und kritischer Mann ist, tatsächlich als Remedium gegen die entfremdete Gesellschaft und als Mittel für das „gute Leben“ angeboten. Die bürgerliche Hochsprache ist die schärfste Waffe im Kampf der Schichten. Leute mit einer so genannten Unterschichtsprache, einem „re-stringierten Sprachkode“ (Bernstein), Menschen aus benachteiligten Schichten haben dabei keine Chance.

Das sind die verdeckten Diskurse, von denen Michel Foucault in „Wahnsinn und Gesell-

schaft“ oder in „Überwachen und Strafen“ schreibt. Das sind die versteckten Regeln und Normen, die sich z. B. in der Wohngemeinschaftsarbeit reproduziert haben, das sind die verdeckten disziplinierenden Maßnahmen, die sich in den Substitutionsprogrammen artikulieren. Ein Aspekt von ihnen ist, dass durch sie Populationen von Abhängigen, die sonst kaum zugänglich sind, kontrolliert und einigermaßen handhabbar gemacht werden können; und auch in der niedrigschwelligen, der drogenakzeptierenden Arbeit werden sich „Dispositive der Macht“ (Foucault 1976) auffinden lassen, denn auch diese Formen der Drogenarbeit können dazu beitragen, Problempopulationen ruhig zu halten, eine sanfte Form der Verwaltung von Elend mit liberalem Deckmantel (Hecht et al. 2012). Es bedarf sehr viel kritischer Arbeit in den niedrigschwelligen und den hochschwelligen Programmen, vieler Metareflexionen, viel Arbeit, um „exzentrische Position“ zu gewinnen, um derartigen anonymen Diskursen und ihrer zwingenden Macht ein Stück zu entgehen – gänzlich wird dies ohnehin nicht gelingen.

6. Über die wünschenswerte Pluralität von Menschenbildern

Wir leben in einer Zeit, die gekennzeichnet ist durch Stichworte wie Komplexität, pluralistische Gesellschaft, multikulturelle Gesellschaft, soziale Vielfalt. Die kulturelle Komplexität wächst, und das ist gut so. Pluralität, die Wertschätzung von Vielfalt, kann geradezu als Ausdruck von Humanität betrachtet werden (Welsch 1987). Im „europäischen Haus“, auf das wir uns zubewegen, werden wir noch intensiver erfahren, dass wir eine Pluralität von Menschenbildern nicht nur vorfinden, sondern auch brauchen. Es stellt sich uns die Frage: Wie können wir mit einer solchen Vielfalt leben? Wie kann diese Pluralität existieren, ja fruchtbar werden? In der Lebenspraxis haben wir dieses Miteinander vielfältiger Formen – auch in der Praxis der Drogenarbeit. Das ist gut und muss so bleiben. Unterschiedlichste Modelle sind notwendig: „*Different strokes for different folks*“.

Es gibt *die* Drogenabhängigen nicht und *die* Drogentherapeuten nicht, und es gibt nicht *das* richtige Modell, sondern wir haben unterschiedliche Menschen, Konzepte, Behandlungsmodelle – orientiert an unterschiedlichen Menschenbildern. Diese Modelle sind so gut und so schlecht wie das Engagement der Menschen, die in ihnen arbeiten, wie die Konsistenz ihrer Konzeption und die Bereitschaft, die Konzepte kritisch zu hinterfragen. Wir wissen heute immer noch nicht, was der „optimale Weg“ in der Drogentherapie ist. Wahrscheinlich ist diese Frage sogar vom Ansatz her falsch gestellt. Wir können in einigen Bereichen mit den Problemen besser umgehen als Anfang der 70er Jahre. So gelingt es uns, in den therapeutischen Wohngemeinschaften geringere Abbruchquoten zu haben als ehemals. Wir können bestimmte Krisen besser handhaben. In den Beratungsstellen weiß man etwas mehr über das „handling“ bestimmter Karriereabschnitte, aber von einer systematischen Begleitung mittelfristiger, längerfristiger *Karrieren* oder von Gesamtkarrieren, von konsistenten Modellen langzeitorientierter Behandlung sind wir noch weit entfernt. Damit sind auch die Chancen für Heilungserfolge auf breiterer Ebene nicht sonderlich gewachsen. Die Versorgungsstrukturen haben sich einigermaßen eingependelt und geraten doch immer wieder in Unordnung, wenn sich die Populationen wieder wandeln, wenn der Markt sich verändert, wenn von Seiten der Kostenträger, des Gesetzgebers

Einschnitte gemacht werden. Wir sind also nach wie vor auf der Suche und werden auf der Suche bleiben müssen nach guten Wegen in der Drogenarbeit und Drogentherapie (nicht aber nach dem „besten Weg“).

Allzu große Sicherheiten sind, wie gesagt, nicht vorhanden. Vorschnelle Sicherheiten können wir uns nicht leisten. Die Praxis zeigt uns, dass dies auch nicht geht. In guter alter asklepiadischer Ärztetradition können wir sagen: Wir handeln *ex iuvantibus* mit vielen Methoden und verschiedensten Modellen, und wir werden dann allmählich vieles besser verstehen. Das heißt nun keineswegs: „anything goes“ (*Feyerabend* 1976). Ich vertrete keine wahllose Polypragmasie, kein „Leipziger Allerlei“ von Ansätzen und Modellen. Konzepte müssen Substanz haben, Programme Konsistenz. Es muss die Bereitschaft zur kritischen Diskussion, zu Supervision und zur empirischen Evaluation bestehen, die Bereitschaft, auch das eigene Menschenbild, die eigenen Normen und klinischen Vorstellungen mit denen anderer Drogentherapeuten abzugleichen und der Ko-respondenz (*Petzold* 1991e), dem kritischen Diskurs auszusetzen, damit Korrekturen möglich werden, wo sie notwendig sind. Vor allen Dingen wird man seine Praxis überprüfen lassen müssen, denn was auf dem Papier steht, zählt wenig und „brillante Konzeptionen“ werden sekundär, wenn die Mitarbeiter sie nicht inhaltlich füllen können. Ich kenne so wunderbare Konzepte und habe selber kreative Modelle entworfen, gut elaboriert und theoretisch stimmig, aber man muss dann doch einfach einmal schauen, was in der Praxis dabei herauskommt, und dann wird man bescheidener. Im übrigen sind theoretische Begründungszusammenhänge, mögen sie auch stimmig scheinen, keineswegs gefeit vor Strömungen des Zeitgeistes (*idem* 1989f), vor blinden Flecken der Theoretiker und Praktiker. Wie schwer es ist, gegenüber Theoriekonzepten Exzentrizität zu gewinnen, zeigen die Mühen, die die Psychoanalyse hat, von ihren mechanistischen und physikalistischen Konzepten in der Metapsychologie Abschied zu nehmen. Mit Blick auf die Drogentherapie sei hier kurz auf folgendes verwiesen: Anfang der 70er Jahre war sowohl in den Beratungsstellen als auch in der Wohngemeinschaftsarbeit eine große Reserviertheit gegenüber den Eltern von Klienten üblich. Oftmals war diese Haltung geradezu feindselig. In den therapeutischen Wohngemeinschaften war vielfach der Kontakt mit den Eltern gänzlich untersagt. Die zumeist jungen Betreuer, Berater, Therapeuten waren mit ihren Klienten voll identifiziert, an deren Elend natürlich das Elternhaus schuld war. Wenn ich dieselben Mitarbeiter heute in der Supervision sehe – einige arbeiten noch in der Drogenarbeit –, so ist festzustellen, dass Elternarbeit einen hohen Stellenwert hat. Sie sind älter geworden, in der Regel selber Eltern. Manche haben familientherapeutische Ausbildungen durchlaufen. Insgesamt hat sich in der Drogenarbeit die Sicht auf die Eltern gewandelt, ist eine neue Bewusstheit für die Bedeutung von Familie und Elternbeziehung aufgekommen (*Hentschel* 1988), und das nicht, weil die Eltern der Drogenabhängigen Anfang der 70er Jahre schlechter waren als die Eltern unserer heutigen Klienten oder weil die Ideologien im Bezug auf Elternschaft bei den psychotherapeutischen Grundverfahren (Psychoanalyse, Gestalttherapie etc.) elternfeindlicher waren, als sie es heute (immer noch) sind oder weil es keine Formen der Familientherapie oder der Elternarbeit gab. Es gab sie (*Mathias* 1977; *Kempler* 1975; *Petzold* 1973f; vgl. jetzt *Petzold* 2009g). Einige waren sogar *à la mode* (*Gordon* 1974), nur, sie konnten im Bereich der Drogentherapie nicht zur Kennt-

nis genommen werden, und der Arbeit mit Klienten und ihren Eltern nicht umgesetzt werden. Die Berater – in der Regel Singles – sahen sich damals als Einzelkämpfer wie ihre Klienten. „Steppenwolf“ (*Hesse*) und „Lucky Luke“ (*Goscinnny*) waren die Bezugslektüre bei den Gruppen. Die Menschenbilder des einsamen, verzweifelten Kämpfers oder des selbstironischen „lonesome cowboy’s“ ließen keinen Raum für die Familie, für eine Sicht, die den Menschen in familiäre Bezüge eingebettet sieht (eine Perspektive, die übrigens auch nicht in den verschiedenen philosophischen Anthropologien zu finden ist oder durch philosophische Einflüsse an die Psychotherapie herangetragen worden wäre; vgl. *Kühn, Petzold* 1992). Die Pluralität von Menschenbildern kann also, wie dieses Beispiel zeigt, auch etwas mit Altersgruppenzugehörigkeit zu tun haben. Wir haben heute einen Vorteil in der Drogenarbeit gegenüber den beginnenden 70er Jahren. Es gibt „alte Hasen“; eine Generation von Beratern und Therapeuten, die bald dreißig Jahre Drogenarbeit „auf dem Buckel“ haben. Das ermöglicht – in manchen Aspekten zumindest – Exzentrizität. Andererseits führt dies auch derzeit zu einem Generationenwechsel und – damit verbunden – auch zu Generationskonflikten. Wenn man auf den Streit zwischen den Lagern „niedrigschwellig/hochschwellig“, „drogenakzeptierend/drogenfrei“ schaut, sollte man eine solche Perspektive durchaus mit bedenken. Das sind unterschiedliche Generationen mit verschiedenem Erfahrungshintergrund, Leute, die unterschiedlich lange in der Drogenarbeit sind. Natürlich gibt es auch in der niedrigschwelligen Arbeit „oldies“. Was aber sind ihre Motivationen? Vielleicht wollen sie einmal etwas anders machen. Vielleicht sind sie frustriert von der mühsamen Arbeit, die immer mühsam bleiben wird. Vielleicht sind sie offen für Innovation?

Ganz gleich, ob man den Menschen als freies Wesen sieht oder ihm eine „bedingte Willensfreiheit“ zumisst (vgl. jetzt *Petzold, Sieper* 2008a), soviel an Freiheit jedenfalls, dass er seinen eigenen Weg finden kann, selbstbestimmend – und sei es der Weg in den Untergang –, liegt die der Akzeptanz Chance darin, dass man seine Freiheit respektiert, so dass der Andere daraus Integrität, Würde und Kraft gewinnen kann. Vielleicht können Menschen dann doch noch ihrem Leben eine andere Wendung geben (ohne Fremdmotivation), weil man versucht, Hilfen im Elend zu geben. Oder man gibt auf, weil die Lebensführung nicht veränderbar scheint, und akzeptiert die Selbstaufgabe, die dann mit ultraniedrigschwellichen Programmen beantwortet wird (*Hecht* et al. 2012). Ganz gleich also, ob man eine solche resignierte Vision hat oder ob man den Menschen als lernfähiges Wesen sieht, der sich „in den Griff bekommen muss“ und nicht in sein Unglück laufen darf (ob er will oder nicht) und der mit der entsprechenden straffen, therapeutischen und pädagogischen Führung auch eine reelle Chance hätte – er muss sich nur fügen, gegebenenfalls beugen – oder ob man irgendeine andere Vision aufgrund seiner Menschenmodelle hat: die Drogenarbeit bleibt schwierig, u. a. wegen der gegebenen Vielfalt.

Drogenarbeiter – ob im klinischen Rahmen in der Psychotherapie, im Streetwork, in der Beratungsstelle – stehen im Schnittpunkt unterschiedlicher Menschenbilder: ihrer eigenen, die sie von Hause aus mitbringen, der ihrer Klienten, denen diese von ihren Elternhäusern vermittelt wurden (oftmals nicht die schlechtesten Konzepte, man kann daran anknüpfen), schließlich der Menschenbilder, die in der Szene erfahren wurden und die

bis in die therapeutische und beraterische Situation hinein wirksam werden, und der anthropologischen Konzepte der Institution. Ich habe auf diese Zusammenhänge schon hingewiesen. Die Aufgabe von Mitarbeitern der Drogenhilfe wird oftmals darin bestehen, zwischen diesen impliziten Menschenbildern eine vermittelnde Position zu finden, auf der aufbauend ein Arbeitsbündnis entsteht. Es wird weiterhin notwendig werden, diagnostisch festzustellen, welches Menschenbild im Moment „prävalent“, d.h. besonders bedeutsam ist. Häufig sind es menschenverachtende, destruktive Konzepte aus der Szene, die sich durch Summationen von Negativerfahrungen herausgebildet haben und positivere Visionen (sie gilt es in der Beratung aufzufinden, herauszuarbeiten, zu kräftigen) verdeckt oder verschüttet haben. Der große ungarische Analytiker *Sándor Ferenczi* sagte einmal: „Not macht schlecht.“ Das stimmt mit gewissen Einschränkungen. Notkriminalität und Notprostitution – ich ziehe diese Begriffe denen der Beschaffungskriminalität und Beschaffungsprostitution vor, weil sie die Situation besser wiedergeben – hinterlassen Spuren. *Verelendung verändert Menschenbilder*, brutalisiert, besonders, wenn auf der anderen Seite der Verelendung der Überfluss steht, den der Drogenabhängige in seiner Umgebung beständig vor Augen hat: durch die ihn umgebenden Wohlstands- und Konsummenschen, zum Teil auch durch seine Dealer. Die massierte Kraft menschenverachtender Alltagskonzepte darf nicht unterschätzt werden, genauso wenig wie die Kraft der Divergenzen von Menschenbildern innerhalb der Selbstrepräsentationssysteme eines Klienten und innerhalb eines therapeutischen Handlungsfeldes, in dem sich Mitarbeiter-, Patienten-, Angehörigen-, Institutions- und Kostenträgerinteressen mit den hinter ihnen stehenden Leitmotiven kreuzen. Hier liegt eine Ursache für die Inkonsistenz, die wir in Therapiesituationen, Konzeptionen, Programmen und Maßnahmen vielleicht finden, und dann fragen wir oft: Warum funktioniert unsere Arbeit nicht oder warum ist sie so schwierig oder mühsam? Weil wir in unseren Grundhaltungen nicht klar sind oder weil wir zu viele zu ihnen quer verlaufende Impulse verarbeiten müssen.

7. Karrierebegleitung, eine anthropologisch fundierte klinische Perspektive

Es ist sicher nicht schwierig, aus dem reichen Fundus philosophischer Anthropologie oder psychotherapeutischer Menschenbilder Extrakte herauszuziehen, die weitgehende Zustimmung erhalten könnten. Darin liegen die Probleme nicht. Sie liegen vielmehr auf einer praxeologischen Ebene, denn abgehobene Modelle führen nicht weiter. Ihre Transformation in Handlungsformen wirft die Probleme auf. Deshalb müssen kontextrelevante Menschenbilder *erarbeitet* werden, in Ko-respondenz (*Petzold* 1978c) mit all denjenigen, die an einer Situation beteiligt sind – soweit dies eben immer möglich ist. Nur so lässt sich eine gemeinsame Basis finden. Insofern ist es an dieser Stelle auch nicht nützlich oder hilfreich, ein idealtypisches „Menschenmodell“ zu umreißen, eine prägnante, anthropologische Position herauszuarbeiten – für meinen persönlichen Standort und für die therapeutische Richtung, die ich vertrete, habe ich dies getan (*Petzold* 1971, 1988n, 1991a; vgl. jetzt 2003e, 2009c). Von den Mühen kontextbezogener Auseinandersetzung kann also nicht entbunden werden.

Ein Hinweis auf eine anthropologische Grundkonstante mag genügen, auf das triviale Faktum, *dass der Mensch nur Mensch ist, „im Kontext und Kontinuum“* und er deshalb nicht

allein ist, sondern Mensch unter Menschen, als Mit-Mensch. Der *homo migrans* ist mit anderen „im Konvoi“ auf dem **Lebensweg** (vgl. jetzt *Petzold, Orth* 2004b, idem 2005r). Mit *Heraklit, Lao Tzu* und anderen großen Menschenwissern sehen wir dem Menschen „auf dem WEGE“ über seine Lebensspanne, sein **Lebenskontinuum** hin, im „life span development“ (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993; *Petzold* 1992e; *Rutter* 1988).

Kontextdimension: Kontexte wirken auf den Menschen, denn er lebt in einem konkreten ökologischen und sozialen Raum: im Mikrokontext seiner Familie, seines Freundes-

kreises, seines engeren sozialen Netzwerkes, im Mesokontext seiner Subkultur (Szenenkultur), im Makrokontext seiner Schicht, seines kulturellen Raumes usw. Ohne diese gestaffelten Kontexte mit ihrer jeweiligen Geschichte und antizipierbaren Zukunft in den Blick zu nehmen, d. h. die gesamtgesellschaftlichen und historischen bzw. zeitgeschichtlichen Bedingtheiten, können wir Drogenabhängige und uns selbst als Helfer nicht verstehen, denn in diesen Kontexten und Kontinua erschließen sich uns auch die Menschenbilder, Grundhaltungen, Werte, Überzeugungen, die Lebenskonzepte und klinischen Parameter.

Kontinuumsdimension: Der Mensch ist ein Zeitwesen, ein Zeitreisender. Er gibt sich in die Vergangenheit, retrospektiv durch Memoriation, durchlebt die Gegenwart aspektiv in wacher Bewusstheit und greift prospektiv durch Antizipation in die Zukunft. Wir brauchen unseren Vergangenheitshintergrund und unseren Zukunftshorizont, um Identität zu gewinnen. Wir können eine gewisse Exzentrizität zur Zeit erlangen, ohne sie jedoch jemals zu hintersteigen. Wir brauchen unsere Geschichte, um zu wissen, wer wir sind (*Dilthey* und *Freud*). Wir brauchen unsere Gegenwart, um uns spüren zu können, Daseinsgewissheit zu erleben, in Begegnungen eintreten zu können (*Buber, Moreno, Perls*). Wir brauchen unsere Zukunft, um uns in sie hinein entwerfen zu können (*Sartre*), um Lebensziele, Hoffnungen zu haben (*Bloch, Marcel, Adler*). Wir brauchen die „ganze Zeit“, persönliche Biographie und kollektive Geschichte mit Gegenwartsbezug und Zukunftshorizont in der Verschränkung mit der Lebenswelt (*Merleau-Ponty* 1966; *Petzold* 1991e, n, o, 1986g).

Wenn unsere Vergangenheit so schlimm war, so müssen wir sie verdrängen. Wenn unsere Gegenwart zu bedrückend oder verletzend ist, müssen wir uns anästhesieren, unser Denken und Gefühl abspalten. Wenn Zukunft eine *No-future-Zukunft* ist, dann wird etwas von unserem Menschsein amputiert. Wir haben keine Chance, uns zu verwirklichen. Die anthropologische Perspektive eröffnet damit eine klinische Sicht, die das ganz Dilemma in der Drogenarbeit aufzeigt. Die Vergangenheit vieler Drogenabhängiger ist voll von extremen Belastungen, ihre Gegenwart ist in der Regel desolat. Ihre Zukunft ... „*no future*“. Dies ist nicht nur im Hinblick auf das oftmals von den Klienten geäußerte Lebensgefühl ausgesagt, sondern auch mit Blick auf die Fakten des Kontextes, auf die Last einer selten bearbeiteten Vergangenheit, weil es an adäquaten therapeutischen Angeboten fehlt, und auch mit Blick auf eine kaum zu verändernde Gegenwart, weil neben der Situation der Abhängigkeit und der Erkrankung die infrastrukturellen Bedingungen extrem schlecht sind, schließlich im Hinblick auch auf die Zukunft, was Berufschancen, Arbeitsplätze, Wohnraum betrifft. Besonders hervorgehoben werden muss die Perspektivenlo-

sigkeit in therapeutischer Hinsicht. Möglichkeiten für psychotherapeutische, ambulante Langzeitbehandlungen (eventuell substitutionsgestützt, auf jeden Fall mit flankierender sozialarbeiterischer Betreuung) sind kaum vorhanden. Es gibt weder ausreichend Psychotherapeuten, die für diese spezielle Behandlungsmöglichkeit ausgebildet sind, noch sind die Finanzierungen gewährleistet. Es ist mittlerweile für den Spezialisten durchaus möglich, in Einzelbehandlungen von drei- bis siebenjähriger Dauer (die Behandlungszeiten liegen ähnlich wie bei Borderline-Erkrankungen) mit hochfrequenten Intensivphasen und extensiven, intermittierenden Behandlungsabschnitten, Opiatabhängige oder Polytoxikomane erfolgreich zu behandeln. Am besten geht dies in Beratungsstellen, die eine entsprechende soziotherapeutische Unterstützung bieten können und die durch Einbindung in eine *Kette* auch einmal Unterbringungsmöglichkeiten in einem „sleep in“ oder einer TWG haben. TWG-Aufenthalte sind ohnehin in einer solchen Langzeitbehandlung eingeplant. Weiterhin muss eine „aktive und elastische“ Behandlungstechnik (*Ferenczi* 1927/28) verwendet werden, die biographisch fundiert ist – eine tiefenpsychologische und logitudinalpsychologische Perspektive. Sie nimmt insbesondere aber nonverbale und körperorientierte Elemente in die Behandlung auf, so dass über „benigne Regression“ eine nachnährende Sozialisation geschehen kann. Ein solches Behandlungskonzept nach dem Modell der „*Reparentage*“ (*Petzold* 1988n) ist oft eine höchst individualisierte Form der Karrierebegleitung (*idem* 1990k), aber sie bietet Perspektiven und Heilungschancen. Der Mensch braucht Zukunft, einen Raum der Hoffnungen, Chancen, Potentiale (*idem* 1990n; jetzt 2009k). Die Überschattung des Zukunftsraumes beeinträchtigt die Gesundungschancen genauso nachhaltig wie das illusionäre Vorspiegeln eines schnellen Gesundwerdens, das die Zwölfmonatskuren oder die kommenden Vierzig- bzw. Achtzig-Stunden-Therapien in der Ambulanz suggerieren.

Politiker und Kostenträger müssen verstehen lernen, dass eine *langzeitige Karrierebegleitung* (z. B. als intensive Einzelbehandlung mit stationären Zwischensequenzen), wie sie bei entsprechender Indikation, insbesondere bei noch relativ gut erhaltenem sozialen Netzwerk möglich ist, billiger ist als zersplitterte und verstreute Maßnahmen, die aufgrund eintretender Krisensituationen ohnehin fallweise eingeleitet werden müssen. Es ist notwendig, dass sie begreifen, dass die weitgehend erfolglosen Kurzzeitbehandlungen nur eine unsystematische „*Rückfall-Wiederaufnahme-Rückfall-Mechanik*“ in Gang setzen, einen Drehtüreffekt, der äußerst kostenaufwendig ist und dabei durch die fortgesetzten Erfahrungen des Scheiterns auf Seiten des Klienten Motivation und Hoffnung zerstören und auch auf Seiten der Betreuer Negativzuschreibungen wachsen lassen: „Der dritte Wohngemeinschaftsabbruch! Der hat eh‘ keine Chance. Vielleicht Methadon, vielleicht ...“.

Karrierebegleitung versucht, die Faktizität der Inanspruchnahme verschiedener Hilfsagenturen im Verlauf der Drogenkarriere konstruktiv zu nutzen. Sie ist darauf gerichtet, Klienten zu einem Behandlungsvertrag zu motivieren, indem zum Beispiel eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter in einer Beratungsstelle diesen Klienten „adoptiert“, d.h. die Stelle adoptiert ihn und sorgt damit verlässlich für eine fortlaufende Betreuung. Die zentrale Hilfsagentur wird für den Klienten über die nächsten Jahre seine Anlaufstelle, sein „Elternhaus“. Von hier aus wird er an andere Hilfsagenturen (TWGs, Substitutionspro-

gramme etc.) weitervermittelt und während der Teilnahme an diesen Maßnahmen weiter begleitet. Hier wird versucht, seine Rückfälle aufzufangen, Krisenintervention zu gewährleisten, Therapiesequenzen bereitzustellen, in denen er seine Biographie, aber auch seine aktuellen Traumatisierungen (durch Szene-Erfahrungen, Notprostitution etc.) systematisch bearbeiten kann. Es wird auf diese Weise möglich, die bestehenden Hilfsagenturen als „Kette“ zu nutzen, die durchträgt. Es wird dafür gesorgt, dass der Klient niemals ganz abstürzt. Es wird dem anthropologischen Faktum Rechnung getragen, dass Hoffnungshorizonte gebraucht werden, Begegnungen möglich sein müssen, ja Beziehungen und Bindungen, die verlässlich sind und deshalb heilend wirken können. Gerade bei Klienten und Patienten, deren Erkrankungen wesentlich dadurch mit verursacht worden sind, dass sie in ihrer frühen Sozialisation und in ihrer Lebenskarriere immer wieder Beziehungsverlust, Bindungslosigkeit, zerstörten Bindungen, toxischen Beziehungen ausgesetzt waren, wird eine solche Zuverlässigkeit notwendig, andernfalls reproduziert sich nur die alte Geschichte von Verlassenheit, Verlust, Verletzung und Ungeborgenheit. Karrierebegleitung als Zusammenspiel der verschiedensten Hilfsagenturen mit dem Zentrum eines „Elternhauses“, einer „Muttereinrichtung“ mit einem oder mehreren Bezugstherapeuten braucht die ganze Breite drogentherapeutischer Maßnahmen. Es ist deshalb völlig unsinnig, Niedrigschwelligkeit/Hochschwelligkeit als Polaritäten, sich ausschließende Alternativen, gegensätzliche Konzepte aufzubauen. Das zeugt von wenig Weitsicht und wenig Reflektiertheit. Es geht darum, die Möglichkeiten beider Ansätze in einem „integrierten, karrierebezogenen Langzeitkonzept differentieller Drogentherapie“ zu nutzen. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit, individuelle Behandlungspläne aufzubauen und mit den erforderlichen *Social-Support*-Systemen (Petzold 1979k; jetzt Hass, Petzold 1999; Sarason, Sarason 1985) zu versehen. Es können auf diese Weise mit einer „lebenslaufbezogenen Arbeit“ die Erkenntnisse der „*life span developmental psychology, therapy and counseling*“ (Baltes et al. 1980; Thomas 1990; Petzold 1988d) genutzt werden, durch die wir „in einer Lebenslaufperspektive immer das ‚ganze Leben‘“ retrospektiv, aspektiv und prospektiv in den Blick nehmen müssen, sowohl was die permanente Möglichkeit der Pathogenese anbelangt, die sich nicht auf Kindheit und Jugend begrenzt als auch was seine **Ressourcen** und **Potentiale** anbetrifft – Ressourcenorientierung und Potentialorientierung ist angesagt (vgl. jetzt Petzold 1997p, 2009k). Wir richten uns dabei auch auf die ‚Zeitgestalt‘ des therapeutischen Prozesses selbst (1988n, 486). Wir können weiterhin die Erkenntnisse der empirischen Longitudinalforschung (Rutter 1988; Robins, Rutter 1990) fruchtbar machen, indem wir versuchen, das Leben des Drogenabhängigen, das oftmals eine „*chain of adverse events*“, eine Kette widriger Ereignisse bei Abwesenheit von „*protective factors*“ war, dahingehend zu verändern, dass wir versuchen, die Zahl der Negativereignisse zu vermindern, bei „*critical life events*“ (Filipp 1990) Ressourcenhilfen geben und Coping-Möglichkeiten bereitstellen (Jerusalem 1990; Inglehart 1988; Lazarus, Folkman 1984). Mit der „Adoption“ durch eine „Mutterinstitution“ kann die „*begleitete Karriere*“ genügend an „*protektiven Faktoren*“ (Petzold et al. 1993) bereitstellen, so dass eine neue Qualität für den Lebensverlauf gefunden wird, sich eine Zukunftsperspektive auf tut.

Für die Helfer in den verschiedenen Hilfsagenturen wird damit auch ein Umdenken not-

wendig. Man geht von einem Konzept aus, dass eine erfolgreiche Drogentherapie (Drogenfreiheit und soziale Integration) sehr oft einen Behandlungs- und Begleitzeitraum von 10 bis 15 Jahren braucht (die Selbstheilstudien verweisen auf einen solchen Rahmen) und dass dabei ambulante Therapie, Motivationsphasen, Wohngemeinschaftsaufenthalte, Rückfälle, Substitutionsbehandlungen Teile der begleiteten Karriere sein können. Notwendig hierzu ist, dass die Abhängigen selbst – ganz gleich in welchem Segment der Kette sie sich gerade befinden – auf eine solche realistische Perspektive vorbereitet werden müssen, damit Rückfälle nicht als totales Scheitern, als das Selbstwertgefühl zerstörende Katastrophen erlebt werden. Sie sollten natürlich auch nicht verharmlost werden. In Wohngemeinschaften wird nicht mehr auf das Ziel: „Nach zwölf oder achtzehn Monaten musst du *clean* sein und dein Leben bewältigen können!“ vorbereitet, sondern darauf, dass nach diesem wichtigen Lebensabschnitt in der Wohngemeinschaft weitere Arbeit folgt, etwa in einer ambulanten Therapie, in *Clean-* bzw. Selbsthilfegruppen (Petzold, Schobert 1991), und dass Rückfälle möglich sind, aber möglichst rasch und gezielt angegangen werden sollten usw. Vor einem solchen Hintergrund brauchen Mitarbeiter in Wohngemeinschaften nicht mehr den Rückfall zu fürchten, Mitarbeiter in Reintegrationsphasen nicht das Gespenst des Rückfalls beständig im Nacken zu haben. Es wird nicht mehr notwendig, abwertend oder punitiv zu reagieren: „Jetzt bist du schon wieder rückfällig geworden!“ oder resignativ zu sagen: „Na ja, da kann man sowieso nichts machen. Wir helfen dir zu überleben, dir einen Platz in einem Substitutionsprogramm zu verschaffen!“ u. ä. Für die Abhängigen und für die Mitarbeiter würden realistische Zielperspektiven möglich werden (vielleicht zum ersten Mal in der Drogenarbeit!). Es wird eine Perspektive gewonnen, die den anthropologischen Grundkonstanten der Wachstumsorientierung, **Kreativität** bzw. **Kokreativität** Rechnung trägt (Iljine, Petzold, Sieper 1967/1990; vgl. jetzt 1999q) und die weiterhin der **Lernfähigkeit** des Menschen gerecht wird (Petzold 1974k; vgl. jetzt Sieper, Petzold 2002; Chudy, Petzold 2011). Auch der Notwendigkeit von Begegnung, Beziehung und Bindung im Kontext und Kontinuum (idem 1991b) ist Rechnung zu tragen; denn das erfordert eine Behandlung auf der Grundlage eines Menschenbildes, welches den Menschen als ein „in der Zeit“ mit den Mitmenschen koexistierendes Wesen sieht, nach dem integrativen Prinzip: „*Du, Ich, Wir – Wir, Du, Ich in Kontext und Kontinuum*“ (Petzold 2001p) – *Mensch wird man nur durch den Mitmenschen* in der verlässlichen Erfahrung von Zwischen- bzw. Mitmenschlichkeit – und das erfordert den Versuch, eine verlässliche mitmenschliche, zwischenmenschliche, interpersonale Präsenz in psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und pädagogischen Maßnahmen bereitzustellen. Die Kraft der Mitmenschlichkeit – wie sie Henry Dunant und Albert Schweitzer exemplarisch vorgelebt haben (vgl. jetzt Petzold, Sieper 2011) – wird sich in sinnvollen Behandlungskonzepten, die langfristig angelegt sind, nicht in dem Maße verschleifen, wie dies gemeinhin noch in der Drogenarbeit passiert, und *Mitmenschlichkeit ist das wichtigste Kapital in der Drogentherapie*. Humanität erweist sich als Praxis humanen Handelns gegenüber den Klienten und Patienten, aber auch gegenüber den Mitarbeitern. Persönliche Würde und Integrität als Basis von mitmenschlichem Handeln müssen sorgfältig gepflegt werden. Wenn ich als Supervisor immer wieder sehe, wie viele Kolleginnen und Kollegen in der „Frontarbeit“ ausgebrannt sind, krank durch ein Übermaß an Belastung, wegen des Übermaßes an Elend, das sie sehen, mit dem

sie umgehen müssen – oft genug ohne von den Ressourcen her angemessen oder zuweilen auch nur minimal ausgerüstet zu sein, dann ist die *Sorge um die Integrität der Mitarbeiter* (vgl. jetzt *Petzold, Orth* 2011; *Sieper, Orth, Petzold* 2010) von Seiten der Träger, der Kostenträger, der Öffentlichen Hände, der Politiker, der Öffentlichkeit insgesamt dringend angefragt. Mit den bisherigen Investitionen und insbesondere mit der Art, wie sie genutzt werden, wird man so sicher nicht auskommen, denn das Problem wächst und es gibt kaum einen Bereich (vielleicht von dem der Arbeit im Alten- und Pflegebereich bzw. gerontopsychiatrischen Einrichtungen einmal abgesehen), wo die Gesellschaft wichtige Mitarbeiter so allein lässt wie im Feld der Drogen- und Suchtkrankenhilfe (*Petzold* 1989b, 1991j). Das Ausmaß des *Goodwill* muss immer am Ausmaß des gegenüberstehenden Elends gemessen werden.

Ich möchte hiermit zum Schluss kommen. Der Schluss kann nicht in einem Rezept bestehen, sondern in einem Rat, dem Rat, dass betroffene Angehörige (eine äußerst wichtige Gruppe), betroffene Drogenarbeiter (sie sollten sich auch einmal als Betroffene verstehen und fühlen dürfen), dass die Träger von Institutionen, die Kostenträger, dass Politiker in einen konstruktiven Diskurs treten – **unter Einbezug von Abhängigen** etwa über ihre Selbsthilfeorganisationen, „auf Augenhöhe“, denn sie sind mündige Staatsbürger. In einem solchen ko-respondierenden **Polylog** (idem 2002c), als Gespräch zwischen allen Beteiligten, muss es um mehr gehen als um Geld. Es muss um Notlagen und ihre **Ursachen** gehen, um Leiden und Verelendungsprozesse und darum, wie man ihnen beikommen kann (*Leitner, Petzold* 2005/2010). Veränderung bedarf mehr als Patentrezepte und „schnelle Lösungen“ (*Petzold, Sieper, Orth-Petzold* 2011; *Hecht, Petzold, Scheiblich* 2011). Eine solche Korrespondenz (*Petzold* 1978c, 1991e) sollte „institutionalisiert“ werden, in eigenen Gremien, die dafür geschaffen werden müssten. Z. B. könnte ein „Beirat für Drogenfragen“, der die Politik berät, mit VertreterInnen der voran stehend genannten Gruppen (einschließlich der Suchtbetroffenen, das ist wesentlich!), sich für die gemeinsame Arbeit an dem gesellschaftlichen Problem „Sucht und Drogengebrauch“ in der spätmodernen Gesellschaft als äußerst positiv erweisen. Ich bin überzeugt davon, dass das die kostensparendste Maßnahme ist, die man sich überhaupt denken kann: Wenn sich die Kostenträger, Maßnahmeträger, Politiker mehr Zeit nehmen würden, mit Drogenarbeitern, mit Abhängigen und ihren Eltern ins Gespräch zu kommen, um dadurch eine vertiefte Einsicht in komplexe – auch durch Mängel in der gesellschaftlichen Infrastruktur bedingte – Ursachen der Suchtentstehung zu erhalten, wäre viel gewonnen. Die Beteiligten an einem solchen Polylog hätten dabei auch die Chance, ein klareres Gefühl für ihre eigene Menschlichkeit zu gewinnen und eine Bewusstheit für ihr Menschenbild zu entwickeln, ihre Mitmenschlichkeit lebendiger zu spüren. Man käme dann vielleicht weniger zu wohlmeinenden Wortschablonen, denn die brauchen wir nicht. Wir brauchen auch keine brillanten Argumentationsketten, die vordergründig „Sinn machen“, aber dennoch blutleer sind. Wir brauchen substantielle Aussagen und Zusagen der Hilfeleistung, die in „**felt meaning**“, d.h. gespürter und gefühlter Menschlichkeit gründen, in einem Fundament der Mitmenschlichkeit und Solidarität, wie sie *Henry Dunant* oder *Albert Schweitzer* vorgelebt haben (*Petzold, Sieper* 2011) (und wie sie auch in den demokratischen Grundordnungen in Europa verfasst wurden. Wir brauchen auf dieser Basis ein Engagement für „Integrität“ und die gemeinsame Visi-

on eines „kritisch reflektierten Altruismus“ (ibid., Sieper et al. 2010), aus dem heraus für Menschen in Notlagen und extremem Elend, wie es uns in der harten Drogenszene begegnet, Maßnahmen nachhaltiger Hilfeleistung konkret und wirksam auf den Weg gebracht werden. Erst dann können die verschiedenen Lager im Felde der Drogenarbeit und die verschiedenen gesellschaftlichen Interessengruppen beim Thema der Drogenprobleme in guter Weise solidarisch sein und konstruktive Lösungen finden, wieder und wieder.

Die abschließende, zusammenfassende Darstellung von Menschenbildannahmen der Integrativen Therapie, vermag vielleicht zu verdeutlichen, welches Potential ein komplexes, genderbewusstes, anthropologisches Verständnis für die Therapie von Menschen – in prekären Lebenslagen zumal – bieten kann:

„Der Mensch - als Mann und Frau - ist *Leibsubjekt* und Teil der *Lebenswelt*, ein Körper-Seele-Geist-Wesen, verschränkt mit dem sozialen und ökologischen *Kontext/Kontinuum* und fähig, darin und beeinflusst von ökonomischen Bedingungen, kollektiven Sinnmatrizen und den in ihnen wirkenden **Diskursen** durch **Ko-respondenz** mit relevanten Anderen ein personales *Selbst* mit emergierendem *Ich* und transversaler *Identität* auszubilden. Er steht über seine *Lebensspanne* hin in einem 'herakliteschen' Prozess beständigen Wandels - verstanden als konnektivierende Differenzierung, Integration, Kreation, Überschreitung. Wenn dieser Prozess gut verläuft, hat der Mensch die *Chance*, die Welt, die Anderen und sich selbst, d.h. seine sozialen Beziehungen und seine ökologische Bezogenheit, sein eigenes Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Wollen, Handeln mit seinen bewussten und unbewussten Strebungen immer besser verstehen zu lernen, ohne für sich jemals ganz transparent zu werden. Er erhält durch zunehmende *Exzentrizität* und *Sinnerfassungskapazität* die Möglichkeit, sein Begehren und seine Interessen hinlänglich zu steuern, an *Souveränität* zu gewinnen und in den inter- und transkulturellen Strömungen im Meer realer und virtueller Weltkomplexität immer besser zu *navigieren*. Er vermag dadurch persönlichen und gemeinschaftlichen *Lebenssinn* und vielfältiges *Wissen* zu erlangen, das er teilen und aus dem heraus er in die 'Sorge für sich selbst und für Andere' investieren *kann*, engagiert für die Gestaltung von freien, mit Anderen ausgehandelten vielfältigen Formen '*guten Lebens*', kokreativer Zukunftsentwürfe und für die Sicherung von *Integrität*². Er vermag dieses *Wissen* aber auch zur Verwirklichung dominierender Macht bis hin zu Gewaltausübung und Destruktion von Mitmenschen oder Devolution³ von Mitwelt einzusetzen. Denn Menschen sind nicht einfach 'vom Wesen her' *gut*, sie können indes Gutes *wollen* und *tun* und sie vermögen - permanent Komplexität generierend und sich beständig selbst überschreitend - Schönes und Großartiges hervorbringen, ihre Hominität und Humanität zu entwickeln⁴. Ob es ihnen gelingt, sich aus einer menschenfreundlichen Haltung und ökosophischem Bewusstsein heraus zu begrenzen, wird die Geschichte zeigen“ (vgl. Petzold 2003e).

² Vgl. Leitner, Petzold 2005/2010; Petzold, Orth 2011; Sieper, Orth, Petzold 2010.

³ Vgl. Petzold 1986h, 2008b, 2009d.

⁴ Siehe das Beispiel des Henry Dunant vgl. Petzold, Sieper 2011.

Literatur

- Bachmann, Y. (1974): Ein Workshop für Jugendliche. In: *Petzold* (1974b), 435-444.
- Baltes, P.B., Reese, H.W., Lipsitt, L.P. (1980): Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Berger, P.L., Luckmann, T. (1970): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt: Fischer, 2. Aufl. 1980.
- Bourdieu, P. (2003): Interventionen. Hamburg: VSA.
- Chunty, M., Petzold, H.G. (2011): „Komplexes Lernen“ und Supervision – Integrative Perspektiven: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 3/2011.
- Dilthey, W. (1894): Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie. *Sitzungsbericht der Kgl. Preuß. Akad. d. Wiss.*, XIX, 2. Hbd. (Dilthey, Schriften VII).
- Epstein, S. (1979): Entwurf einer integrativen Persönlichkeitstheorie. In: *Filipp* (1979), 15-46.
- Ferenczi, S. (1927/28): Die Elastizität der psychoanalytischen Technik, Bausteine III (1964), 380-398.
- Ferenczi, S. (1964): Bausteine zur Psychoanalyse. 4 Bände. Bern: Huber.
- Feyerabend, P. (1976): Wider den Methodenzwang. Skizze einer anarchistischen Erkenntnistheorie. Frankfurt: Suhrkamp, 2. Aufl. 1977
- Filipp, S.H. (1979): Selbstkonzeptforschung. Stuttgart: Klett.
- Filipp, S.H. (1981): Kritische Lebensereignisse. München: Urban & Schwarzenberg, erw. Aufl. 1990.
- Foucault, M. (1974): Die Ordnung des Diskurses. München: Hanser.
- Foucault, M. (1976): Mikrophysik der Macht. Über Strafrecht, Psychiatrie und Medizin. Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1977): Überwachen und Strafen. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1978): Die Subversion des Wissens. Frankfurt: Ullstein.
- Freudenberger, H.J. (1980): Das Erschöpfungssyndrom von Mitarbeitern in alternativen Einrichtungen. In: *Petzold, Vormann* (1980), 88-104.
- Geck, K.A. (1974): Die Heidelberger Free Clinic. In: *Petzold* (1974b), 344-362.
- Gordon, Th. (1974): Familienkonferenz. Reinbek: Rowohlt.
- Graumann, C.F. (1985): Phänomenologische Analytik und experimentelle Methodik in der Psychologie – das Problem der Vermittlung. In: *Braun, K.-H., Holzkamp, K.* (Hg.): Subjektivität als Problem psychologischer Methodik. Frankfurt: Campus, 38-59.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Habermas, J. (1968): Erkenntnis und Interesse. Frankfurt: Suhrkamp, mit neuem Nachwort 1973.
- Habermas, J. (1971): Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz. In: *Habermas, J., Luhmann, E.* (1971): Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie? Was leistet die Systemforschung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Happel, H.-V. (1988): Selbstorganisierte Wege aus der Drogenabhängigkeit. *Suchtgefahren*, 34, 491-496.
- Hartz, P., Petzold, H. G. (2010): Chancen für arbeitslose Frauen und Männer, die ihr Leben neu gestalten wollen. *Zeitschr. für Medizinische Psychologie* 2, 47 – 67. [vgl. http://www.minipreneure.de/](http://www.minipreneure.de/)
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, H.G., Müntens, M.* (Hg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske & Budrich, 193-272.
- Hecht, A., Petzold, H.G., Scheiblich, W. (2012): Theorie und Praxis differentieller und integrativer, niedrigschwelliger Arbeit (DINA) – die „engagierte Perspektive“ Integrativer Suchthilfe. In: *Petzold, H.G., Scheiblich, W., Lammel, U. A.*: Integrative Suchttherapie. 3. erw. u. überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.
- Hentschel, U. (1988): Mein Kind nimmt Drogen. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit.
- Hentschel, U. (1991): Rezension zu *Steffan*: Streetwork in der Drogenszene. *Gestalt und Integration*, 1, 175-177.
- Höfheld, K. (1980): Zur Supervision therapeutischer Wohngemeinschaften. In: *Petzold, Vormann* (1980), 105-128.
- Ihijne, V.N., Petzold, H.G., Sieper, J. (1967): Kokreation – die leibliche Dimension des Schöpferischen, Ar-

Menschenbilder in der Drogentherapie – Perspektiven der Integrativen Therapie

- beitspapiere. Seminar Prof. Dr. Iljine, Institut St. Denis, Paris. Auswahl in: *Petzold, Orth* (1990a), Bd. I, 203-212.
- Inglehart, M.R.* (1988): Kritische Lebensereignisse – eine sozialpsychologische Analyse. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jerusalem, M.* (1990): Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben. Göttingen: Hogrefe.
- Joite, E.* (1972): Fixen – Opium fürs Volk. Berlin: Wagenbach.
- Kandel, D.B., Davies, M., Karus, D., Yamaguchi, K.* (1986): The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. *Arch. General Psychiatry*, 43, 746-754.
- Kempler, W.* (1975): Grundzüge der Gestaltfamilien Therapie. Stuttgart: Klett.
- Kolvin, I, Miller, F.J.W., Fleeting, M., Kolvin, P.A.* (1988): Risk, protective factors for offending with particular reference to deprivation. In: *Rutter* (1988), 77-95.
- Krach, Ch., Peschke, H.* (1987): Das hannoversche Methadon-Programm. 11 Jahre danach. Hannover: Step.
- Kriz, J., Lück, H.E., Heidbrink, H.* (1990): Wissenschafts- und Erkenntnistheorie. Opladen: Leske & Budrich.
- Kropotkin, P.* (1977): Gegenseitige Hilfe. Berlin: Cramer.
- Kuhn, Th.* (1970): The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press. Dt.: Die Struktur der wissenschaftlichen Revolution. Frankfurt: Suhrkamp, 2. Aufl. 1976.
- Kühn, R., Petzold, H.G.* (1992): Psychotherapie & Philosophie. Paderborn: Junfermann.
- Lazaridis, K.* (1991): Posttherapeutische Prozesse für die Zeitdauer von fünf Jahren nach regulärem Therapieabschluss in therapeutischen Gemeinschaften für Drogenabhängige. Eine deskriptiv-katamnestiche Erkundungsstudie. Hannover: Step.
- Lazarus, R.S., Folkman, S.* (1984): Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Leary, Th.* (1970): Politik der Ekstase. Hamburg: Rowohlt.
- Leitner, A., Petzold, H.G.* (2009): Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen. Wien: Edition Donau-Universität – Krammer Verlag Wien.
- Leitner, E., Petzold, H.G.* (2005/2010): Dazwischengehen – wo Unrecht geschieht, Integrität gefährdet ist, Würde verletzt wird. Ein Interview mit Hilarion Petzold zum Thema „Engagement und Psychotherapie“ und Integrativen Positionen. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. POLYLOGE, Ausgabe 10/2010, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/10-2010-leitneri-e-c-petzold-h-g-ein-interview-dazwischengehen.html>. Erw. in *Petzold, Orth, Sieper* (2010), 279-366.
- Lenke, J.* (1980): Gestalt-Supervision in therapeutischen Wohngemeinschaften für Drogenabhängige durch Kompetenzgruppen. In: *Petzold, Vormann* (1980), 129-144.
- Lotze, J., Stasch, R., Mohr, O., Vollmer, S., Rabe, M.-L., Meyer, A., Petzold, H.G.* (1974): Konzeption des ambulanten Therapieprogramms unter Verwendung von Methadon (ATM). In: *Petzold* (1974b), 450-456.
- Mathias, U.* (1977): Eltern als integrative Erzieher. In: *Petzold, Brown* (1977), 185-200.
- Mead, G. H.* (1934): Mind, self and society. Chicago: University of Chicago Press. Dt.: Geist, Identität, Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp, 1968.
- Merleau-Ponty, M.* (1945): Phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard. Dt.: Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter, 1966.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H.* (1996): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. Bd. 2. Paderborn: Junfermann.
- Moser, J., Petzold, H.G.* (2003/2007): Supervision und Ethik – Theorien, Konzepte, Praxis. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 03/2007.
- Newcomb, M.D., Bender, P.N.* (1988a): Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults. Beverly Hills: Sage.
- Newcomb, M.D., Bender, P.N.* (1988b): Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults. A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 64ff.
- Newcomb, M.D., Bender, P.N.* (1990): Antecedents and consequences of cocaine use: An eight-year-study from early adolescence to young childhood. In: *Robins, Rutter* (1990), 158-181.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H.* (2005): How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth. Washington, D.C: American Psychological Association.

- Orth, I., Petzold, H.G. (1993c): Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“. In: Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 93-116.
- Perls, F.S., Hefferline, R.F., Goodman, P. (1951): Gestalt Therapy. New York: Julian Press. Auch (1965): New York: Dell.
- Petzold, H.G. (1965): Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-16; dtisch. in: Petzold, H.G., 1985a. Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München, S. 11-30; erw. Neuaufl., Pfeiffer, Klett-Cotta 2004a, 86-107, in Polyloge, Textarchiv 1965. <http://www.fpi-publikationen.de>
- Petzold, H.G. (1968b): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD. *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, 331-360.
- Petzold, H.G. (1969c): Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Paris: Publ. Institut St. Denys. Teilweise deutsch in: (1974l).
- Petzold, H.G., (1970d): Psychodramatische Techniken in der Therapie mit Alkoholikern. *Zeitschr. f. prakt. Psychol.*, 8, 387-408.
- Petzold, H.G. (1971): „Philosophie Clinique, Thérapeutique philosophique, Philopraxie“, Antrittsvorlesung anlässlich der Berufung zum Professor für „Psychologie Pastorale“ am Institut St. Denis, Etablissement d'Enseignement Supérieur Libre des Sciences Théologiques et Philosophiques, Paris.
- Petzold, H.G. (1971b): Psychodramatisch gelenkte Aggression in der Therapie mit Alkoholikern. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 3, 268-281.
- Petzold, H.G. (1971c): Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen. In: Birdwood, G. (Hg.): Willige Opfer. Rosenheim: Rosenheimer Verlag, 212-245.
- Petzold, H.G. (1972e): Komplexes Kreativitätstraining mit Vorschulkindern. *Schule und Psychologie* 3, 146-157.
- Petzold, H.G. (1972f): Methoden in der Behandlung Drogenabhängiger. Vierstufentherapie. Komplexes kathartisches Erleben, Psychosynthese, Gestalttherapie, Psychodrama. Kassel: Nicol.
- Petzold, H.G. (1973c): Kreativität und Konflikte. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1973f): Gestalttherapie und direkte Kommunikation in der Arbeit mit Elterngruppen. In: Petzold (1973c), 271-289.
- Petzold, H.G. (1974b): Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrungen. Paderborn: Junfermann-Hoheneck, 2. Aufl. Frankfurt: Klotz, 1980.
- Petzold, H.G. (1974j): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G. (1974k): Integrative Bewegungstherapie. In: Petzold (1974j), 285-404. Revid. in 1996a, Bd.I/1, 59-172.
- Petzold, H.G. (1974l): Konzepte zur Drogentherapie. In: Petzold (1974b), 524-529.
- Petzold, H.G. (1977q): Humanistische Psychologie – Was ich darunter verstehe. *DGHP-Nachrichten und Integrative Therapie*, 2, 128-141.
- Petzold H.G. (1978c) Das Ko-responzenzmodell in der Integrativen Agogik. *Integrative Therapie*, 1, 21-58. Erw. in 1991e.
- Petzold, H.G. (1979k): Psychodrama-Therapie. Theorie, Methoden, Anwendung in der Arbeit mit alten Menschen. „Beihefte zur Integrativen Therapie“, 3. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. 1985.
- Petzold, H.G. (1980c): Zum Konzept der Therapiekette und zur Karriere Drogenabhängiger. In: Petzold, Vormann (1980), 208-228.
- Petzold, H.G. (1983d): Psychotherapie, Meditation, Gestalt, Paderborn, Junfermann.
- Petzold, H.G. (1984a): Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. 2 Bände. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1984i): Vorüberlegungen und Konzepte zu einer integrativen Persönlichkeitstheorie. *Integrative Therapie*, 1/2, 73-115.
- Petzold, H.G. (1985g). Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie, München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1986g): Zeit und Psychotherapie. *Integrative Therapie*, 3, 155-162.
- Petzold, H.G. (1988d): Die „vier Wege der Heilung“ in der Integrativen Therapie und ihre anthropologischen

Menschenbilder in der Drogentherapie – Perspektiven der Integrativen Therapie

- und konzeptuellen Grundlagen – dargestellt an Beispielen aus der „Integrativen Bewegungstherapie“. Teil I, *Integrative Therapie*, 4 (1988d), 325-364. Teil II: 1 (1989), 42-96. Revid. in: *Petzold* (1988n), 173-283.
- Petzold, H.G.* (1986h): Zur Psychodynamik der Devolution. *Gestalt-Bulletin* 1, 75-101.
- Petzold, H.G.* (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke, Bd. I/1 und I/2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1989b): Belastung, Überforderung, Burnout – Gewaltprobleme in Heimen. *Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft*, 4, 17-44.
- Petzold, H.G.* (1989f): Zeitgeist als Sozialisationsklima – zu übergreifenden Einflüssen auf die individuelle Biographie. *Gestalt und Integration*, 2, 140-150.
- Petzold, H.G.* (1989i): Supervision zwischen Exzentrizität und Engagement. *Integrative Therapie*, 3/4, 352-363.
- Petzold, H.G.* (1989j): Psychotherapie und Pädagogik – Pädagogik und Therapie. *Integrative Therapie*, 3/4, 365-374.
- Petzold, H.G.* (1990i): Selbsthilfe und Professionelle – Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem „erweiterten Gesundheitsbegriff“. Vortrag auf der Arbeitstagung „Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe“, 8.-10.6.1990, Dokumentation, 1990i. Auch in: *Petzold, Schobert* (1991), 17-28.
- Petzold, H.G.* (1990j): Drogenabhängigkeit als Krankheit. *Gestalt und Integration*, 2, 149-159.
- Petzold, H.G.* (1990k): Drogentherapie heißt Karrierebegleitung. Reflexionen nach 20 Jahren Arbeit im Felde der Drogenarbeit am Beispiel des Stufenmodells therapeutischer Wohngemeinschaften und des Konzeptes der therapeutischen Kette. Vortrag auf dem Therapiekette-Niedersachsen-Seminar, Nov. 1989. Hannover: Step.
- Petzold, H.G.* (1990n): Ethische Konzepte für die Psychotherapie – Die diskursive und situationsbezogene Ethik der Integrativen Therapie. *Gestalt* (Zürich), 9, 6-12.
- Petzold, H.G.* (1990o): Konzept und Praxis von Mehrperspektivität in der Integrativen Supervision, dargestellt an Fallbeispielen für Einzel- und Teambegleitung. *Gestalt und Integration*, 2, 7-37.
- Petzold, H.G.* (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/1: Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1991b): Die Chance der Begegnung. Wiesbaden: Dapo. Repr. in: *Petzold* (1993a), 1047-1086.
- Petzold, H.G.* (1991e): Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik. In: *Petzold* (1991a), 19-90.
- Petzold, H.G.* (1991g): Therapeutische Identität und plurale therapeutische Kultur – Überlegungen am Beispiel Gestalttherapie/Integrative Therapie. *Gestalt* (Zürich), 11, 14-34. Erw. in: *Petzold* (1993n).
- Petzold, H.G.* (1991j): Bedrohte Lebenswelten. In: *Petzold, H.G., Petzold, Ch.* (1991), 248-293. Erw. von (1989b).
- Petzold, H.G.* (1991k): Der „Tree of Science“ als metahermeutische Folie für die Theorie und Praxis der Integrativen Therapie. Fritz Perls Institut, Düsseldorf, 1991k. Repr. in: *Petzold* (1992a), 457-647.
- Petzold, H.G.* (1991l): Menschenbilder als bestimmendes Moment von Grundhaltungen und Konzepten in der Drogenhilfe. Eröffnungsvortrag auf dem 14. Bundeskongress, 10.-13. Juni 1991, FDR. In: Was hilft! Grundhaltung – Menschenbild – Konzepte. Fachverband Drogen und Rauschmittel, Braunschweig 1992, 16-41 und in: *Gestalt und Integration*, 1, 1994, 7-32.
- Petzold, H.G.* (1991m): Editorial. Das Körper-Seele-Problem und die Therapie. *Integrative Therapie*, 1/2, 1-8.
- Petzold, H.G.* (1991n): Die Bedeutung und Praxis der Kontrollanalysen in der Integrativen Therapie. Fritz Perls Institut, Düsseldorf. Erw. in: *Frühmann, R., Petzold, H.G.* (1993a): Lehrjahre der Seele. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1991o): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration – Chronosophische Überlegungen, Bd. II/1 (1991a), 333-395; (2003a), 299-340.
- Petzold, H.G.* (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1992e): Integrative Therapie in der Lebensspanne; repr. Bd. II/2 (1992a), 649-788; (2003a), 515-606.
- Petzold, H.G.* (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H.G. (1993n): Zur Frage nach der „therapeutischen Identität“ in einer pluralen therapeutischen Kultur am Beispiel von Gestalttherapie und Integrativer Therapie – Überlegungen (auch) in eigener Sache. In: *Petzold, Sieper* (1993a), 51-92.
- Petzold, H.G. (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke, Bd. I/1 und Bd I/2, 3. Revid. und überarb. Aufl. 1988n. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1996j): Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, „Kulturarbeit“ – Werkstattbericht mit persönlichen und prinzipiellen Überlegungen aus Anlaß der Tagebücher von *Victor Klemperer*, dem hundertsten Geburtstag von *Wilhelm Reich* und anderer Anstöße. *Integrative Therapie*, 4, 371-450.
- Petzold, H.G. (1996k): Der „Anderer“ – das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von *Emmanuel Lévinas* (1906-1995). *Integrative Therapie*, 2-3, 319-349. Auch in: *Petzold, Orth* (1999a), 337-360.
- Petzold, H.G. (1997c): Soziotherapie - ein Beruf ohne Chance? in: *Sticht, U.* (1997) (Hrsg.): Gute Arbeit in schlechten Zeiten - Suchtkrankenhilfe im Umbruch. Freiburg: Lambertus. 57-115.
- Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie*, 4, 435-471 und in: *Petzold* (1998a/2003a), 353-394.
- Petzold, H.G. (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Band I. Paderborn: Junfermann, 2. erw. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2007.
- Petzold, H.G. (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk – Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG und erw. in: *Kunst & Therapie*, 1-2/1999, 105-145; *Integrative Therapie*, 3/2004, 267-299. Auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 07/2001.
- Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2001p/2004): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 10/2001. Update 2004, *Integrative Therapie*, 4 (2004), 395-422; 4 (2005), 374-397 und erw. in 2011b.
- Petzold, H.G. (2002c): POLYLOGE: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten. Perspektiven „Integrativer Therapie“ und „klinischer Philosophie“. Hommage an *Mikhail Bakhtin*. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 04/2002, <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-Dialog-Polylog-Polyloge-04-2002.pdf>.
- Petzold, H.G. (2002h): „Klinische Philosophie“ – Menschen zugewandtes Lebenswissen von Natur und Kultur. Über die Quellen der Integrativen Therapie, biographische Einflüsse und ReferenztheoretikerInnen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 06/2002.
- Petzold, H.G. (2002j): Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* 07/2002 und in 2003a, 1051-1092.
- Petzold, H.G. (2002p/2011): „Lust auf Erkenntnis“ ReferenztheoretikerInnen und -disziplinen der Integrativen Therapie – Polyloge und Reverenzen. Updating 2006a. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 06/011 Jg. 2
- Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bände. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuaufgabe von 1991a/1992a/1993a.

- Petzold, H.G. (2003b): Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* 01/2003.
- Petzold, H.G. (2003d): Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde – der „Polylog“ klinischer Philosophie zu vernachlässigten Themen in der Psychotherapie. *Integrative Therapie*, 1, 27-64. Auch bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 2006i, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2006-petzold-h-g-2003b-updating-2006i-unrecht-und-gerechtigkeit.html>.
- Petzold, H.G. (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972-2002). Teil I, *Gestalt* (Schweiz), 46, 3-50; Teil II, *Gestalt*, 47, 9-52; Teil III, *Gestalt*, 48, 9-64. Updating 2006k als: Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 2/2011, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u.html>.
- Petzold, H.G. (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann,
- Petzold, H.G. (2004l): INTEGRATIVE TRAUMATHERAPIE UND „TROSTARBEIT“ – ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebensinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung. Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2004. Gekürzt in: *Rommel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W., Strauß, B.* (2006): *Handbuch Körper und Persönlichkeit: Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart/New York: Schattauer. S. 427-475.
- Petzold, H.G. (2005a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. 2: Psychotherapie – Lebenshilfe – Integrationsarbeit. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Petzold, H.G. (2005r): Homo migrans. Der „bewegte Mensch“ – Frauen und Männer in Bewegung durch die Zeit. Transversale Überlegungen zur Anthropologie aus der Sicht Integrativer Therapie. Hommage an *Simone de Beauvoir*. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 05/2005. Auch in: *Willke, E.* (2006): *Forum Tanztherapie. Sonderausgabe Jubiläumskongress*. Pullheim: Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie, 33-116.
- Petzold, H.G. (2006j): Evolutionspsychologie und Menschenbilder – Neue Perspektiven für die Psychotherapie und eine Ökopsychosomatik. *Integrative Therapie*, 1, 7-23.
- Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 16/2006 und *Integrative Therapie* 1 (2006) 62-99.
- Petzold, H.G. (2006t): „Jugendliche auf den Weg bringen“: Biopsychosoziale, entwicklungspsychologische und evolutionspsychologische Konzepte – eine Integrative Perspektive. In: *Päerd's Atelier* (Hrsg.): *Liewenshaff – 15 Ans*. Luxembourg: Saint-Paul, 173-187.
- Petzold, H.G. (2007h): „Randgänge der Psychotherapie – polyzentrisch vernetzt“ – Einführung zur Gesamtbibliographie. Updating 2007. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* – 1/2009 und in *Sieper, Orth, Schuch* (2007), 677-697.
- 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* 29/2008.
- 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. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* – 28/2008 und in: *Thema. Pro Senectute Österreich, Wien/Graz, Geschichtsbewusstsein und Friedensarbeit* – eine intergenerationale Aufgabe. Festschrift für Prof. Dr. Erika Horn, 54-200.
- Petzold, H.G. (2008c): Der „informierte Leib“ - Grundlegendes zur Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In: *Waibel, M., Jakob-Krieger, C.* (2009): *Integrative Bewegungstherapie*. Stuttgart: Schattauer.

- Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin* (Graz), 1, 20-33.
- Petzold, H.G. (2009d): „Macht“, „Supervisorenmacht“ und „potentialorientiertes Engagement“. Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision und Therapie verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur „transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm – *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 4, 2009.
- Petzold, H.G. (2009f): „Gewissensarbeit und Psychotherapie“. Perspektiven der Integrativen Therapie zu „kritischem Bewusstsein“, „komplexer Achtsamkeit“ und „melioristischer Praxis“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – Jg. 2009 und *Integrative Therapie* 4/2009 und erw. in Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2010): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie. Wien: Krammer. S.115-188.
- Petzold, H.G. (2009g): Hochbegabungen, „brain wizards“ – Chance und Schicksal. In: Thalmann-Hereth, K. (Hg.): Hochbegabung und Musikalität. Integrativ-musiktherapeutische Ansätze zur Förderung „hochbegabter Kinder“. Wiesbaden: VS-Verlag. Erw. als: „Brain wizards“, Hochbegabungen – Chance und Schicksal. Über Neugier, poetische Gestaltungskraft, „creating styles“. Überlegungen aus der Integrativen Kindertherapie. In: Petzold (2010p).
- Petzold, H.G. (2009k): Transversale Erkenntnisprozesse der Integrativen Therapie für eine Ethik und Praxis „melioristischer Humantherapie und Kulturarbeit“ durch Multi- und Interdisziplinarität, Metahermeneutik und „dichte Beschreibungen“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 15/2009. Repr. in: Petzold, Sieper (2011a).
- Petzold, H.G. (2010e): Gewissensarbeit. In: Petzold, Orth, Sieper (2010),
- Petzold, H.G. (2010f): „Sprache, Gemeinschaft, Leiblichkeit und Therapie“. Materialien zu polylogischen Reflexionen, intertextuellen Collagierungen und melioristischer Kulturarbeit – Hermeneutica. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 7/2010.
- Petzold, H.G. (2010k): Was uns „am Herzen liegt“ in der Integrativen Therapie und in der therapeutischen Seelsorge – Über sanfte und heftige Gefühle, „leibhaftiges geistiges Leben“ und mitmenschliches Engagement. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – Jg. 2010. Gekürzte Fassung in: Hilarion G. Petzold: Integrative Therapie und therapeutische Seelsorge – was ihnen „am Herzen liegt“. Über sanfte Gefühle, „leibhaftiges geistiges Leben“ und mitmenschliches Engagement. In: Räume des Aufatmens. Pastoralpsychologie im Risiko der Anerkennung. Festschrift zu Ehren von Karl Heinz Ladenhauf. Hrsg. v. Maria Elisabeth Aigner, Rainer Bucher, Ingrid Hable, Hans-Walter Ruckebauer. Wien: LIT-Verlag 2010. (= Werkstatt Theologie. Praxisorientierte Studien und Diskurse. Bd. 17.), 460-497.
- Petzold, H. G. (2010p): „Brain wizards“, Hochbegabungen – Chance und Schicksal. Über Neugier, poetische Gestaltungskraft, „creating styles“. Überlegungen aus der Integrativen Kindertherapie. In: *Integrative Therapie*, 2-3, 325-380.
- Petzold, H.G. (2011a): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. 2 Bände. Wien: Krammer (in Vorber.)
- Petzold, H.G. (2011b): „Identität“ und Identitätsarbeit in Psychotherapie und Humanwissenschaften. Wiesbaden: VS Verlag.
- Petzold, H. G. (2011g): Die heilende Kraft der Landschaft. Integrative Naturtherapie, Gartentherapie und Ökopsychosomatik. (in vorber.) Schwerpunktheft *Integrative Therapie* 3, Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Brown, G. (1977): Gestaltpädagogik. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold, Sieper (1993a), 173-266.
- Petzold, H.G., Heint, H. (1983): Psychotherapie und Arbeitswelt, Paderborn: Junfermann..
- Petzold, H.G., Hentschel, U. (1991): Niedrigschwellige und kartiebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 1, 11-19.
- Petzold, H. G., Horn, E., Müller, L. (2010): HOCHALTRIGKEIT – Herausforderung für persönliche Le-

- bensführung und biopsychosoziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag.
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie. In: *Ambühl, H., Strauß, B.* (Hrsg.): *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe und erweitert in: *Petzold* (1998h), 142-188. Auch in: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-h-g-petzold-r-leuenberger-a-steffan-1998-ziele-in-der-integrativen-therapie.html>.
- Petzold, H.G., Michailowa, N. (2008a): *Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle*. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1985a). *Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten*, Junfermann, Paderborn. Neuauflage: Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag 2005.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990a/2007): *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie*. 2 Bände. Paderborn: Junfermann, 3. Aufl. Bielefeld: Aisthesis 2007.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): *Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ – „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens – Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ – Hommage an Kant. Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. Mimeogr. ergänzt in: *Petzold, Orth* (2005a), 689-791 und in *POLYLOGE* 9/2009, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/09-2009-orth-i-petzold-h-g-2004b-unterwegs-zum-selbst-und-zur-weltbuergergesellschaft.html>.
- Petzold, H.G., Orth, I. (2005a): *Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie*. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.
- Petzold, H.G., Orth, I. (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: *Abdul-Hussain, S.* (2011): *Genderkompetente Supervision*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2009): *Psychotherapie und „spirituelle Interventionen“? – Differentielle Antworten aus integrativer Sicht für eine moderne psychotherapeutische Praxeologie auf „zivilgesellschaftlichem“ und „emergent-materialistisch monistischem“ Boden* *Integrative Therapie* 1, 87-122.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2010): *Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben – Themen und Werte moderner Psychotherapie*. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1991a): *Lebenswelten alter Menschen*. Hannover: Vincentz Verlag.
- Petzold, H.G., Schobert, R. (1991): *Selbsthilfe und Psychosomatik*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Schobert, R., Schulz, A. (1991): *Anleitung zu „wechselseitiger Hilfe“ – Die Initiierung und Begleitung von Selbsthilfegruppen durch professionelle Helfer – Konzepte und Erfahrungen*. In: *Petzold, Schobert* (1991), 207-259.
- Petzold, H.G., Schuch, W. (1991): *Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie*. In: *Pritz, Petzold* (1991), 371-486.
- Petzold, H.G., Sieper, J., (1970): *Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung*. *Zeitschrift f. prakt. Psychol.*, 8, 392-447.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2003a) (Hrsg.): *Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte*. 2 Bde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2008a): *Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie*. 2 Bände. Bielefeld: Sirius.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2008b): *Integrative Soziotherapie - zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung*. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 25/2008.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2011a): *Menschenliebe heilt. Altruismus und Engagement. Potentialorientierte Psychotherapie – Die Aktualität des HENRY DUNANT 1828-1910*. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Orth-Petzold, S. (2011): *INTEGRATIVE SOZIO THERAPIE – zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie – Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung*. In: *Petzold, H.G., Scheiblich, W., Lammle, U.A.* (2012): *Integrative Suchttherapie*. 3. Erw. Auflage von 2004. Wiesbaden: VS Verlag.

- Petzold, H.G., Vormann, G. (1980): *Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Supervision*. München: Pfeiffer.
- Prizz, A., Petzold, H.G. (1991): *Der Krankheitsbegriff in den psychotherapeutischen Schulen*. Paderborn: Junfermann.
- Quittmann, H. (1985): *Humanistische Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Riesmann, D. (1960): *Die einsame Masse*. Reinbek: Rowohlt.
- Robins, L.N., Rutter, M. (1990): *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Rutter, M. (1988): *Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R. (1985): *Social support: Theory, research and applications*. Dordrecht: Nijhoff.
- Sartre, J.-P. (1943): *L' être et le néant*. Paris: Gallimard. Dt.: *Das Sein und das Nichts. Versuch einer phänomenologischen Ontologie*. Reinbek: Rowohlt, 1962.
- Schmidbauer, W. (1977): *Die hilflosen Helfer*. Reinbek: Rowohlt.
- Schneider, W. (1988): *Zur Frage der Ausstiegchancen und Selbstheilung. Auswertung von Ergebnissen aus Langzeitforschungen. Suchtgefahren*, 34, 472-490.
- Schüleln, J.A. (1978): *Kommunen und Wohngemeinschaften. Der Familie entkommen?* Gießen: Focus.
- Sieper, J., Orth, I., Petzold, H.G. (2010): *Warum die „Sorge um Integrität“ uns in der Integrativen Therapie wichtig ist – Überlegungen zu Humanität, Menschenwürde und Tugend in der Psychotherapie*. In: Petzold, Orth, Sieper (2010), 367-460.
- Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (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.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): *Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining*. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 10/2002* und gekürzt in Leitner, A. (2003): *Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie*. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität., 183-251.
- Sollmann, U. (1974): *Therapie mit Drogenabhängigen*. Gießen: Focus.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G., 1984 (Hrsg.). *Die Begleitung Sterbender - Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch*. Paderborn Junfermann.
- Steffan, W. (1988): *Streetwork in der Drogenszene*. Freiburg: Lambertus.
- Thomä, H., Kächele, H. (1986): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*, Bd. I. Berlin: Springer, 2. korr. Nachdruck 1989.
- Thomas, R.M. (1990): *Counseling and life span-development*. Newbury Park: Sage Publications.
- Thompson, I.G., Rathod, N.H. (1968): *Aversion therapy for heroin dependence*, *Lancet*, 2, 382.
- Vollmer, S. (1974): *Streetwork*. In: Petzold (1974b), 445-449.
- Vormann, G., Heckmann, W. (1980): *Zur Geschichte der therapeutischen Wohngemeinschaften in Deutschland*. In: Petzold, Vormann (1980), 24-57.
- Vygotsky, L.S. (1964): *Denken und Sprechen (Orig. russ. 1934)*. Stuttgart: Fischer.
- Vygotsky, L.S. (1978): *Mind in Society. The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Welsch, W. (1987): *Unsere postmoderne Moderne*. Weinheim: Acta Humaniora, 2. Aufl. 1988.
- Wormser, R. (1974): *Verhaltenstherapie bei Drogenabhängigen*. In: Petzold (1974b), 238-268.
- Ymaguchi, K., Kandel, D.B. (1984): *Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: II Sequences of progression*. *Am. Journal Publication Health*, 74, 668-672.

Zusammenfassung: Menschenbilder in der Drogentherapie – Perspektiven der Integrativen Therapie

Der Beitrag thematisiert die Bedeutung des Menschenbildes für die Therapie von Suchtkranken. Vor dem Hintergrund von Petzold's Konzept einer „klinischen Philosophie“ werden die anthropologischen Positionen der Integrativen Therapie zu diesem wichtigen Thema vorgestellt.

Schlüsselwörter: Menschenbild, Drogentherapie, Anthropologie, Integrative Therapie, Klinische Philosophie

Summary: Views of Man in the Therapy of Addiction – Perspectives from Integrative Therapy

This chapter is dealing with the impact of the view of man for the therapy of addiction. On the ground of Petzold's concept of “clinical philosophy” the anthropological positions of Integrative Therapy concerning this important topic are presented.

Keywords: View of Man, Therapy of Addiction, Anthropology, Integrative Therapy, Clinical Philosophy