

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform “Polyloge“

GraduierungsArbeiten

aus den Weiterbildungen der EAG zur
"Integrativen Therapie" und ihren Methoden

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der EAG:

Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold,

Prof. Dr. päd. Waldemar Schuch, MA,

Dipl.-Päd. Ulrike Mathias-Wiedemann,

Bettina Mogorovic, MSc.

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Redaktion: *Ulrike Mathias-Wiedemann, Hans-Christoph Eichert*, Wefelsen 5, D - 42499 Hückeswagen

e-mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de

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

Ausgabe 03/2023

**Menschen mit einer „Doppeldiagnose“ –
gehalten oder verwaltet im psychosozialen Netzwerksystem?
Die Notwendigkeit wirksamer Supervision nach dem Integrativen
Ansatz in Teams der ambulanten Eingliederungshilfe**

*Heike Renfordt, Gevelsberg**

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc.*). Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

EAG-Weiterbildung: ‘Supervision und Organisationsentwicklung im Integrativen Verfahren®’. Betreuerin/Gutachter: *Ulrike Mathias-Wiedemann, Dipl.-Päd. / Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.*

Inhalt

1. Vorwort
2. Komorbidität Sucht und psychiatrische Erkrankung
 - 2.1. Modelle zur Entstehung von Komorbidität psychischer Störungen und Sucht-spezifische Komorbiditäten
 - 2.1.1. Schizophrenie und Sucht
 - 2.1.2. Posttraumatische Belastungsstörung
 - 2.1.3. ADHS und komorbide Suchterkrankung
 - 2.1.4. Komorbiditäten bei Persönlichkeitsstörungen
 - 2.2. Grundprinzipien in der Beratung und Betreuung von Menschen mit Doppeldiagnosen
 - 2.2.1. Sektorübergreifende und integrative Ansätze
 - 2.2.2. Ist-Situation in psychosozialen, ambulanten Hilfesystemen
3. Das Bundesteilhabegesetz und die Rolle der Eingliederungshilfe in der Versorgung von Menschen mit Komorbidität Sucht und psychiatrische Erkrankung
 - 3.1. Was will das Bundesteilhabegesetz?
 - 3.2. Ex-klusionsrisiko statt In-klusion der „Systemsprenger“
 - 3.3. Was lässt sich daraus folgern?
4. Das Stigma „Sucht“
5. Affiliation und Relationalität als grundlegende Marker
6. Was bedeutet wirksame Supervision in der ambulanten Eingliederungshilfe mit ihrer Problematik „Sucht und psychische Erkrankung“?
 - 6.1. Der innere Ort persönlicher Souveränität
 - 6.2. Prozesse wechselseitiger und zwischenleiblicher Resonanzen
 - 6.3. Phänomen der transgredierenden Resonanz
 - 6.4. Fachlichkeit und Feldkompetenz
 - 6.5. Die supervisorische Beziehung
7. Fazit
8. Zusammenfassung / Summary
9. Literaturverzeichnis

1. Vorwort

In meiner beruflichen Praxis als Sozialarbeiterin in der ambulanten Eingliederungshilfe kommt es immer wieder vor, dass KlientInnen nicht weiter betreut werden können, weil sie unter einer Doppeldiagnose leiden.

Anbieter des Ambulant Betreuten Wohnens besitzen häufig entweder die Zulassung für psychiatrische Krankheitsbilder oder für Suchterkrankungen. Es gibt wenig qualifizierte Konzepte für den Umgang mit Doppeldiagnosen im Rahmen des ABW. Die Praxis zeigt jedoch, dass im Laufe des Betreuungsprozesses psychiatrischen Krankheitsbilder neue Facetten bekommen: es zeigen sich sehr häufig Suchtformen stoffgebundener und stoffungebundener Art. Hinter der Diagnose beispielsweise einer Depression oder Psychose „versteckt“ sich quasi eine Abhängigkeitserkrankung oder sie entwickelt sich sogar im Laufe des Betreuungsverlaufs vom missbräuchlichen Verhalten in eine manifeste Suchterkrankung. Nicht zuletzt können auch mehrere Abhängigkeiten hinter der „Larve“ Depression oder auch Persönlichkeitsstörungen existieren, welche diagnostisch nicht erfasst worden sind. Der Landschaftsverband Rheinland gibt die Vorgaben und ist Kostenträger des Ambulant Betreuten Wohnens. So entscheidet das Fallmanagement des LVR, in welcher Höhe und ob der Hilfesuchende die beantragte Hilfe weiter bekommt. Er kann sogar entscheiden, ob der Klient oder die Klientin den Anbieter wechseln muss, wenn der Anbieter den Leistungsbereich „Sucht“ nicht abdeckt und entsprechend keine Zulassung hierfür hat. In meiner langjährigen beruflichen Praxis als Betreuerin im Ambulant Betreuten Wohnen habe ich auch schon eine andere Variante in der weiteren Vorgehensweise erlebt: der Hilfesuchende bekommt die Vorgabe, sich einer suchtspezifischen Behandlung zu unterziehen und/oder sich an eine Suchtberatungsstelle zu wenden. Für diesen ohnehin schwer einzugliedernden Personenkreis ist das jedoch ein Schritt, der häufig nicht erfolgreich bewältigt werden kann. Denn auch hier zeigt sich eine Lücke im Versorgungsnetz: das ambulante Suchthilfesystem ist vielfach für chronisch erkrankte Menschen mit einer psychiatrischen (schweren) Erkrankung und einer zusätzlichen Suchterkrankung nicht ausgerichtet. Sie erreicht diese Zielgruppe nicht, da sie auch hier nicht in das vorgesehene Raster passt.

In der Praxis der ambulanten Eingliederungshilfe kommt es zu fatalen Situationen: der Klient oder die KlientIn muss den Anbieter wechseln. Er wechselt und das erfordert erneut das Einlassen auf einen neuen Beziehungsprozess oder er versucht zu „belegen“, dass die Suchterkrankung nicht im „Vordergrund“ steht. Auch ist es möglich, dass er sich mit den Vorgaben des Kostenträgers oder auch BeWo Anbieters auseinandersetzt. In der Folge könnte es dann sein, dass er eine Entgiftung abschließt oder auch regelmäßige Gespräche bei einer Suchtberatungsstelle in Anspruch nimmt.

Das hört sich ja gar nicht so schlecht an, oder? Die meisten der Personengruppe mit einer Doppeldiagnose sind jedoch nicht in der Lage, diese Hürden zu bewältigen, sodass eine tragfähige Abstinenz meistens nicht das Ergebnis auf diesem „linearen“ Weg sein wird. Sie laufen Gefahr, nicht vom psychosozialen Netzwerk aufgefangen werden zu können.

Diese „Schräglage“ hat mich motiviert, das Thema Komorbidität einmal genauer zu betrachten: mit theoretischem, wissenschaftlichen Hintergrund und der Sichtweise aus dem Integrativen Ansatz. Darauf aufbauend folgt der praxeologische Teil für die Herausforderungen in der Integrativen Supervision. Ein Instrumentarium, das von großer Bedeutung für die Teams des Ambulant Betreuten Wohnens ist. Denn die Klienten oder Klientinnen mit einer zusätzlichen zu psychiatrischen Krankheitsbildern existierenden Suchterkrankung sind eigentlich eher die Regel, als die Ausnahme.

2. Komorbidität Sucht und psychiatrische Erkrankung

Epidemiologische Studien (*Regier et al. 1990*) belegen, dass fast 50% Menschen, die an einer Schizophrenie leiden, psychotrope Substanzen konsumieren (zit. aus *Schnell, 2014*). Je nach Schwere der psychotischen Grunderkrankung scheint der Substanzkonsum zu steigen, wobei jüngere Patienten bevorzugt Cannabis konsumieren.¹ Auch Erfahrungen mit traumatischen Ereignissen korrelieren mit

¹ Vgl.: *Schnell, T. (2014): Komorbidität Psychose und Sucht: Ein Überblick. https://www.lwl.org/ds-download/fwb/11_2014_JTG-Schnell.abstract.pdf*

erhöhtem Substanzkonsum, wobei das Ausmaß des Alkoholkonsums am stärksten ist, wenn eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vorliegt.²

Im Allgemeinen spricht man von Komorbidität, wenn verschiedene Störungen bei einer Person auftreten. Das gemeinsame Auftreten von psychischer Störung mit einer Störung durch Substanzkonsum (SSK) stellt eine Spezialform dar. Bei dieser Form der komorbiden Diagnose spricht man von einer Doppeldiagnose. Sie stellen eine duale Diagnose dar und sind bis heute eine Herausforderung in der psychiatrischen Behandlung. Allein schon die Diagnostik wurde durch die früher dominierende diagnostische Hierarchieregeln (*Jaspers'sche Schichtenregel*) erschwert. Insbesondere in den 70-iger Jahren wurden diagnostische Leitlinien durch *Karl Jaspers* geprägt. Er war der Ansicht, dass die eigentliche Diagnostik einer tieferliegenden Erkrankung folgen muss – organische Störungen können zeitweilig wie eine schizophrene Störung aussehen, sodass in einem solchen Fall die organische Störung zu diagnostizieren sei. Eigentlich ist die Einführung dieser Regel gar nicht mal so verkehrt: es geht ja hierbei auch um die Identifizierung der wichtigsten Diagnose für Behandlung und Therapie. Aber das Resultat dieses Ansatzes hat auch Nachteile: man wird den Patienten mit einer Mehrfachdiagnose nicht gerecht, da durch diesen Ansatz ein konsequent linearer Ansatz in der Behandlung und Therapie verfolgt wird. Diese klinischen Regeln postulieren implizit Hierarchien mit den damit verbundenen Anweisungen in Form z.B. diagnostischer Ausschlussregeln. Mehrfachdiagnosen und erste Hinweise auf ein Komorbiditätskonzept sind erstmalig im DSM-III (3. Version: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen) zu finden.³ Das DSM III ist 1980 veröffentlicht worden. Man hat erkannt, dass „niedrige“ Syndrome nicht verschwinden, wenn „höhere“ Syndrome erfolgreich behandelt wurden. DSM-5 (2013 erschienen) als nationales System der American Psychiatric Association (APA) findet insbesondere in der Forschung Anwendung und hält am Komorbiditätskonzept unverändert weiterhin

2 Vgl.: *Moggi, F.* (2019): Theoretische Modelle zur Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.*: Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart. Kohlhammer. 2. Aufl. 2019, S. 39

3 Vgl.: *Stieglitz, R.D.* (2019): Psychiatrische Klassifikationssysteme und Komorbidität, In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.*: Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart. Kohlhammer. 2. Aufl. 2019, S. 21, 22

fest. Es fand eine Differenzierung statt, sodass bei allen psychischen Störungen jeweils Unterabschnitte zur Komorbidität erhalten sind.⁴

In den ICD-10 (10. Version der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) wurde das Konzept der Komorbidität erstmalig und ausdrücklich eingefügt. Das heißt, dass erst 1990 die WHO in ihrer 43. Weltgesundheitsversammlung diese Konzeptionalisierung der Mehrfachdiagnose gebilligt und seit 1994 von den Mitgliedsstaaten verwendet wird. Der ICD-10 wurde am 01.01.2022 durch den ICD-11 ersetzt und in Kraft gesetzt. Es können noch keine Aussagen getroffen werden, ab wann der ICD-11 im klinischen Alltag eingeführt wird.⁵ Fakt ist, dass neue Störungen in den ICD-11 aufgenommen wurden: z.B. komplexe PTSD. Das Komorbiditätsprinzip wird auch hier weiterhin bestehen bleiben.⁶

2.1. Modelle zur Entstehung von Komorbidität psychischer Störungen und suchtspezifische Komorbiditäten

Im klinischen Alltag hat sich die sogenannte Selbstmedikationshypothese durchgesetzt. Sie wird häufig als Erklärungsmodell herangezogen und bedeutet, dass die Einnahme der psychotropen Substanz zur Bewältigung der psychischen Probleme dient. Im Laufe der Zeit entwickelt sich dann eine sekundäre SSK (Störung durch Substanzkonsum).

In der Forschung werden jedoch noch andere Modelle diskutiert, so zum Beispiel das Bidirektionale Modell. Beide Störungen (psychische Störung und SSK) stehen direkt in einer Kausalbeziehung und erhöhen die Vulnerabilität der jeweils anderen Störung.

Das Konzept der primären und sekundären Störung trennt psychische und substanzbezogene Störungen. Durch die psychische Störung hat sich die substanzbezogene Störung entwickelt. Die psychische Störung (PS) erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Suchtmittelabhängigkeit entwickelt.

4 a.a.O., S. 24

5 <https://de.wikipedia.org/wiki/ICD-11>

6 Vgl.: *Stieglitz, R.D.* (2019): Psychiatrische Klassifikationssysteme und Komorbidität, In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.* : Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart. Kohlhammer. „. Aufl. 2019, S. 25

Im Modell der gemeinsamen Faktoren spielen die Risikofaktoren eine große Rolle. Sie sind ausschlaggebend dafür, dass sich eine psychische und eine Störung durch Substanzkonsum entwickelt.⁷

An dieser Stelle sei besonders anzumerken, dass die jeweiligen Modelle keine Alleingültigkeit besitzen, allerhöchstens eine Orientierung.

Wesentliche Aspekte werden bei den Konzepten außer Acht gelassen. In der Integrativen Therapie (IT) ist die Position der Mehrperspektivität von immanenter Bedeutung. Die IT verifiziert die Makroebene (Kontext der allgemeinen politischen und ökonomischen Situation), Mesoebene (Kontext der sozialen Schicht, das Milieu) und Mikroebene (Kontext der Familie, Arbeitssituation, Freundeskreis). Es geht um die vielfältige Wirklichkeit. Wir sprechen von pluriformer Wirklichkeit welche eine Komplexität hervorruft und im Sinne des heraklitischen Prinzips (panta rei, alles fließt, nichts besteht) durch einen Prozess des Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens und Erklärens (hermeneutische Spirale) erst in ihrer pluriformen Wirklichkeit erkannt werden kann.⁸ Es handelt sich um eine ständige Suchbewegung in dialogischen und auch polylogischen Prozessen in der auch beispielsweise der „Konvoi“ (Netzwerk, die Weggeleiter) miteinbezogen werden. Es sind Aspekte, die miteinander in Ko-respondenz treten und in der es durch prozessuale Diagnostik gelingt, von den Phänomenen zu den Strukturen zu kommen und somit gemeinsame Antworten zu finden. Es handelt sich um einen Prozess, der neurowissenschaftlich orientiert ist und ein fundiertes komplexes gemeinsames Lernen darstellt.⁹

7 Vgl.: *Moggi, F.* (2019): Theoretische Modelle zur Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.* : Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart. Kohlhammer. 2. Aufl. 2019, S. 34, 35

8 Vgl.: *Petzold, H.G.* (1994a/2007a): Mehrperspektivität – ein Metakzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision, *Gestalt und Integration* 2, 225-297 und in *Petzold, H.G.* (1998a): *Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Medell und Methoden reflexiver Praxis.* Paderborn. Junfermann. S. 97-174; 2. Erw. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2007a, S. 88-147. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=supervision_petzold-1994a-2018-mehrperspektivitaet-ein-metakzept-fuer-modellpluralitaet-supervision-13-2018.pdf

9 Vgl.: *Petzold, H, Josic, Z., Erhardt, J.*(2006): Integrative Familientherapie als „Netzwerkintervention“ bei Traumabelastungen und Suchtproblemen, In: *Petzold, H., Schay, P., Scheiblich, W.*: *Integrative Suchtarbeit.* Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften. 1. Aufl. 2006. S. 119, 120

Es wird also deutlich, dass die Entstehung einer DD nicht linear zu betrachten ist im Sinne eines „wenn – dann“ oder einer bidirektionalen Kausalbeziehung oder das ausschließliche Verifizieren von gemeinsamen Faktoren wie z.B. die der genetische Disposition und die daraus sich entwickelte Doppeldiagnose.

Die beschriebenen Modelle kommen in der klinischen Praxis zwar vor und bieten professionellen Helfern Orientierung und Erklärung; sie bilden jedoch nur einen Teil der Wirklichkeit ab. Ähnlich wie beim „Eisbergmodell“: was wir sehen ist oft nur ein kleiner Teil von dem, was es wirklich ist.

Dennoch möchte ich im Folgenden auf einige Modelle spezifischer Komorbiditäten eingehen, die von *Franz Moggi* aufgrund von epidemiologischen Studien konzeptionalisiert worden sind - denn sie gehören auch zum Teil des Ganzen und bilden weitere theoretische Grundlagen für die prozessuale Diagnostik im Sinne der IT. Diagnostik aber auch Therapie werden jedoch in der IT in einem Prozess gesehen. Die Prozessanalyse ist stets dynamisch und im Sinne des heraklitischen Prinzips zu verstehen.¹⁰

2.1.1. Schizophrenie und Sucht

Häufig begegnen wir im psychosozialen und auch klinischen Bereich das gleichzeitigen Bestehen der Diagnose Psychose und Suchterkrankung.

Studien aus dem Jahre 2000 von *Drake & Mueser* sowie aus 2007 von *Gouzoulis-Mayfrank* (zit. aus *Walter, Gouzoulis-Mayfrank, 2019*) haben herausgefunden, dass unter psychotischen Patienten die Lebenszeitprävalenz für die Entwicklung einer Suchterkrankung bei 50 % liegt. Blickt man auf den aktuellen Krankheitsstand spricht man von einer Prävalenz in Höhe von 25% bis 30% rückblickend auf die letzten maximal 6 Monate. Hohe Prävalenzraten findet man bei jungen Patienten mit einer erstmaligen Psychose (*Brunette et al. 2018, zit. aus Walter, Gouzoulis-*

¹⁰ Vgl.: *Petzold, H.G. (2017f):* Intersubjektive, „konnektivierende Hermeneutik“, Transversale Metahermeneutik, „multiple Resonanzen“ und die „komplexe Achtsamkeit“ der Integrativen Therapie und Kulturarbeit. POLYLOGE 19/2017. <https://fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/19-2017-petzold-h-g-2017f-intersubjektive-konnektivierende-hermeneutik-transversale.html>

Mayfrank, 2019). Diese Patientengruppe konsumiert überwiegend Alkohol und Cannabis.¹¹

Diverse Studienbefunde gehen von einem propsychotischen Potenzial von Cannabis aus.

Es gibt Hinweise auf Interaktionseffekte zwischen Cannabinoiden und der Vulnerabilität für Psychosen.

Die epidemiologische Dunedin-Studie¹² weist darauf hin, dass das Einstiegsalter des Cannabiskonsums eine große Rolle spielt. Der Konsumbeginn von 15 Jahren erscheint hierbei besonders relevant für die Entwicklung von späteren psychotischen Symptomen zu sein.¹³

Somit ist das Risiko an einer Psychose erhöht, wenn bereits früh in der Adoleszenz Cannabis konsumiert wurde. Seit mehr als 10 Jahren sind auch hochpotente synthetische Cannabinoide „auf dem Markt“ – sogenannte Legal Highs¹⁴, auch unter dem Namen „Spice“ bekannt. Berichte deuten darauf hin, dass eine drogeninduzierte Psychose beim Konsum synthetischer Cannabinoide öfter vorkommt. Starke Ängste werden ausgelöst und es kommt zu sogenannten „Horror-Trips“ mitunter mit Selbstverletzungen und auch Suizid.¹⁵

Der Anbau von Cannabisprodukten ist durch die verbesserten technischen Möglichkeiten und durch professionelle Anbaumethoden längst nicht mehr so, wie in den 70er bis Anfang 90er Jahren noch praktiziert. Durch die spezifischen Züchtungen in den Gewächshäusern wird der Hauptwirkstoff THC gesteigert, sodass sich die durchschnittliche THC-Konzentration in den USA innerhalb der

11 Vgl.: Gouzoulis-Mayfrank, E. (2019): Psychische Störungen und komorbide Suchterkrankungen, In: Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.: Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart. Kohlhammer. 2. Aufl. 2019, S. 103

12 Die Dunedin Multidisciplinary Health and Development Studie (kurz: Dunedin Longitudinal Study) ist eine langfristig angelegte Kohortenstudie. Sie ist eine multidisziplinäre Studie, die die Gesundheits- und Entwicklungsrisiken von Kindern in ihrem Erwachsenenleben erfassen soll. Sie wurde in Dunedin, Neuseeland zwischen 1972 und 1973 in's Leben gerufen und ist bis heute mit unterschiedlichen Themenstellungen durch persönliche Interviews mit den Probanden aktiv. Im Rahmen der Studie wurden mehr als 1200 Fachartikel und Bücher veröffentlicht (Stand: 2015).

13 Vgl.: Schnell, Th. (2014): Komorbidität Psychose und Sucht: Ein Überblick. In: https://www.lwl.org/ks-downloads/fwb/11_2014_JTG-Schnell.abstract.pdf

14 * am 26.11.2016 trat ein Gesetz in Kraft: das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpsG), welches auch synthetische Cannabinoide umfasst.

15 Vgl.: <https://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-s/synthetische-cannabinoide/>

letzten ca. 10 Jahre fast verdoppelt hat: von 8,9% (2008) auf 17,1% (2017). Auch in Deutschland ist der THC-Gehalt von Cannabisprodukten angestiegen. Das ist nicht unproblematisch: denn diese hochgezüchteten Cannabissorten enthalten heute kein oder kaum noch CBD (Cannabidiol), sodass die Wirkung des THC (Tetrahydrocannabinol) nicht abgemildert werden kann und die gesundheitlichen Risiken steigen. ¹⁶

Noch ein kleiner Hinweis möchte ich an der Stelle weitergeben: CBD wurde mittlerweile erfolgreich als Antipsychotikum eingesetzt, so belegen diverse Studien u.a. von *Zuardi et al.* 2012 (zit. aus *Schnell*, 2014). ¹⁷ Cannabis ist nicht generell zu „verteufeln“ und wird mittlerweile gezielt zu medizinischen Zwecken eingesetzt.

In der alltäglichen Praxis des Ambulant Betreuten Wohnens ist häufig beides vorhanden: der Cannabiskonsum und der Alkoholkonsum als dysfunktionales Coping gegen diffuse negative Affektzustände und im Sinne der Selbstmedikation gegen die psychotischen Symptome wie z.B. „Stimmen hören“, Anspannung, Ängste und Paranoia.

2.1.2. Posttraumatische Belastungsstörung

Suchterkrankungen gehören bei Menschen mit einer PTBS zu den häufigsten komorbiden Erkrankungen. Es wird eine Lebenszeitprävalenz der PTBS von gut 5% angegeben, wobei Frauen doppelt so häufig betroffen sind. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen die von PTBS betroffenen Menschen eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, eine substanzbezogene Störung zu entwickeln. Bei Männern mit PTBS ist der Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit die häufigste komorbide Störung, bei Frauen die dritthäufigste komorbide Diagnose nach Depressionen und Angststörungen.

Es gibt Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum (*Driessen et al.* 2008; *Schäfer et al.* 2007, zit. aus *Walter, Gouzoulis-Mayfrank*, 2019) die Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen einer PTBS und der Art der

16 Vgl.: *Hoch, E., Preuss U.* (2019): Cannabis, Cannabinoide und Cannabiskonsumstörungen, In: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0847-9296.pdf>

17 Vgl.: *Schnell, Th.* (2014): Komorbidität und Sucht: Ein Überblick. In: https://www.lwl.org/ks-downlodads/fwb/11_2014-JTG-Schnell.abstract.pdf

konsumierenden Substanzen sehen. Patienten mit Drogen- oder Mehrfachabhängigkeit leiden im Vergleich zu Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit eher unter einer akuten PTBS und weisen höhere Raten auf: 30-34% vs 13-15%.

Es sind die Defizite in der Emotionsregulation die mit der Entwicklung substanzbezogener Störungen assoziiert sind. Die Defizite, Emotionen angemessen zu regulieren, sind eine häufige Folge früherer Traumatisierungen. Es kommt zur Veränderung der neurobiologischen Stressreaktion in der Folge des Substanzkonsums, der auch für die Aufrechterhaltung der Suchterkrankung relevant ist.¹⁸

2.1.3. ADHS und komorbide Suchterkrankung

Bei der Entstehung von ADHS gibt es Hinweise, dass neurobiologische Faktoren einen wesentlichen Stellenwert einnehmen. Befunde aus Zwillingsstudien *Faraone* und *Mick* 2010 (zit. aus *Stadtler, Hofeker-Fallahpour, Stieglitz*, 2019) belegen, dass Kinder mit ADHS ungefähr viermal häufiger Geschwister, Eltern oder andere Verwandte mit ADHS haben. Eltern von betroffenen Kindern sind in 50-60% selbst von ADHS betroffen. Umweltfaktoren und eine Fehlregulation des dopaminergen und noradrenergen Systems spielen eine Rolle bei der Entwicklung und Schweregrad von ADHS. Weiter werden auch niedriges Geburtsgewicht und mütterlicher Nikotinkonsum während der Schwangerschaft als Risikofaktoren benannt. Kinder mit ADHS weisen langsamere Gehirnaktivitäten auf und eine reduzierte Aktivierung, wenn Aufgaben insbesondere mit größerer Aufmerksamkeitsspanne bewältigt werden müssen. Große Probleme entstehen, wenn das Kind mit gleichzeitig mehreren Anforderungen konfrontiert wird.¹⁹

- Epidemiologische Studien von *Larson* und Mitarbeitern aus dem Jahre 2011 (zit. aus *Stadtler, Hofeker-Fallahpour, Stieglitz*, 2019) weisen auf, dass bei 2/3 aller untersuchten Kinder und Jugendlichen neben ADHS eine weitere Diagnose

18 Vgl.: *Grundmann, J., Schäfer, I.* (2019): Posttraumatische Belastungsstörung und komorbide Suchterkrankungen, In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.*: Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart. Kohlhammer. 2. Aufl. 2019, S. 138-140

19 Vgl.: *Stadtler, Ch., Hofeker-Fallahpour, M., Stieglitz, R.D.* (2019): ADHS und komorbide Suchterkrankungen, In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.*: Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart. Kohlhammer. 2. Aufl. 2019, S. 152, 153

vorliegt wie externalisierende Störungen (z.B. im Sozialverhalten) oder internalisierende Störungen (Depressionen, Ängste) – sehr häufig aber auch Drogenmissbrauch und -abhängigkeit, so von *Biederman et al.* bereits im Jahre 2005 festgestellt (zit. aus *Stadtler, Hofeker-Fallapour, Stieglitz, 2019*). Eine Metaanalyse von *Lee et al. (2011)* weist sogar darauf hin, dass Kinder mit ADHS ein 1,5-faches höheres Risiko haben, einen Substanzmissbrauch zu entwickeln (zit. aus *Stadtler, Hofeker-Fallapour, Stieglitz, 2019*). Für die Entstehung einer Nikotinabhängigkeit sogar ein 3-faches erhöhtes Risiko. Und weiter dreht sich die Spirale: eine neuere Studie von *Biedermann* und Mitarbeitern aus dem Jahre 2012 besagt (zit. aus *Stadtler, Hofeker-Fallapour, Stieglitz, 2019*), dass Jugendliche die rauchen und an ADHS leiden, ein 5-fach erhöhtes Risiko für eine Alkoholabhängigkeit aufweisen und ein 9-fach höheres Risiko für die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit.²⁰

Im späteren Jugendlichen- und Erwachsenenalter ist die Erkennung und Diagnose einer ADHS aufgrund des Substanzkonsums erschwert. Sie bleibt daher häufig unerkannt und somit unbehandelt – obwohl es eine hohe Korrelation mit Nikotin-, Alkohol- und Drogenabhängigkeit gibt - sie ist die „unentdeckte Doppeldiagnose“.

Emotionsregulation und Substanzkonsum stehen hierbei in engem Zusammenhang. Desorganisiertes, impulsives und aggressives Verhalten sowie Hyperaktivität werden als externalisierende Störungen bezeichnet und der Substanzkonsum gewinnt insofern an Bedeutung, dass er im Sinne einer Emotionsregulation eingesetzt wird.²¹ Letztendlich ist dies jedoch ein dysfunktionales Bewältigungsverhalten.

2.1.4. Komorbiditäten bei Persönlichkeitsstörungen

Die Komorbidität zwischen Suchterkrankung und Persönlichkeitsstörung ist häufig und insbesondere für alkoholbezogene Störungen aber auch für drogenbezogene Störungen erhöht. Alkohol – genauer gesagt der pharmakologische Stoff Ethylalkohol - hat verschiedene Effekte auf unser Hirnsystem, die das emotionale Erleben, die Kognitionen und die Emotionsregulation beeinflussen.²² Eine Veröffentlichung des deutschen Ärzteverbandes aus dem Jahre 2014 gibt an, dass etwa 78% der Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden,

20 a.a.O., S. 150, 151

21 Vgl.: *Barnow, S. (2012): Emotionsregulation und Psychopathologie, In: Psychologische Rundschau, 63 (2), Göttingen. S. 119*

22 a.a.O., S. 120

während ihres Lebens zusätzlich eine substanzbezogene Störung bis hin zu einer Abhängigkeitserkrankung entwickeln.²³ Alkohol ist die am häufigsten missbrauchte Substanz in dieser Personengruppe – häufig gepaart mit impulsivem und episodischem Konsummuster.²⁴

Erste Studienergebnisse (*Zadra et al. 2016, zit. aus Walter, Gouzoulis-Mayfrank, 2019*) weisen auf ein erhöhtes Auftreten von nicht-stoffgebundenen Süchten, wie z.B. exzessiver Gebrauch vom Internet, in Zusammenhang mit einer bestehenden Persönlichkeitsstörung auf.

Auch die antisoziale Persönlichkeitsstörung tritt häufig mit einer schweren Suchtproblematik auf. Dem Konsum der psychotropen Substanzen, welche Effekte auf das zentrale Nervensystem haben, kommt insbesondere bei bestehender Persönlichkeitsstörung eine zusätzliche Funktion zu: dem der Stressdämpfung und Regulierung negativer Emotionen. Krisenhafte Zustände und empfundene „unerträgliche“ Emotionen werden im Sinne eines Bewältigungsversuches konsumiert und Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht werden durch den Substanzkonsum „situativ behoben“. Ein zugrundeliegendes geringes Selbstwerterleben (unter anderem auch vor allem bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung) ist ein wichtiger Aspekt für den Suchtmittelkonsum im Sinne einer Selbstmedikation und Selbstregulation von Emotionen.²⁵

2.2. Grundprinzipien in der Beratung und Betreuung von Menschen mit Doppeldiagnosen

Wie man sieht, können Komorbiditäten einerseits unabhängig voneinander zwei oder auch mehrere Störungen aufweisen, aber es bestehen auch Wechselwirkungen zwischen den Störungen, sodass hierdurch ein neues, komplexes Störungssystem entsteht.

23 Vgl.: *Kienast, Th.* (2014): Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbide Abhängigkeitserkrankung, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/159051/Borderline-Persönlichkeitsstörung-und-komorbide-Abhängigkeitserkrankungen>

24 Vgl.: *Gunderson, J.* (2005): Borderline. Bern. Huber, Hogrefe. S. 72

25 Vgl.: *Walter, M.* (2019): Persönlichkeitsstörungen und komorbide Suchterkrankungen. In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.*: Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart. Kohlhammer. 2. Aufl. 2019, S. 172

Das heißt aber auch, dass man die Störungen nicht unabhängig voneinander therapieren kann und im Falle des Ambulant Betreuten Wohnens auch nicht unabhängig voneinander begleiten kann. Es gilt genau zu betrachten, wo genau Wechselwirkungen bestehen und wo man zuerst ansetzen kann.²⁶ Es geht hierbei im Sinne des Integrativen Ansatzes um das Wahrnehmen unter dem Aspekt einer phänomenologischen Suchtbewegung und einer Sichtweise, welche den Mensch in seiner Ganzheit – auch unter Berücksichtigung des familialen und amicalen Netzwerkes – sieht und erkennt. Der Mensch steht in polylogischen Prozessen (es sind sozusagen immer mehrere Sprecher und Zuhörer anwesend), die auf den Menschen Einfluss nehmen und miteinander in „Ko-respondenz“ treten. Hinzu kommen unterschiedliche Blickwinkel resultierend aus unterschiedlichen Ebenen aus Kontext (soziale wie ökologische Lebenswelt) und Kontinuum (hier: die zeitliche Perspektive bestehend aus Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft). Es gilt also, diese vielfältige Wirklichkeit aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln wahrzunehmen und dann die vorhandene Komplexität zu erklären. In Sinne einer „Suchtbewegung“ (hermeneutischer Prozess) versteht der Integrative Ansatz Prozess- und Problemsituationen kooperativ mit dem Klienten zu strukturieren! Durch den Prozess im Sinne eines gemeinsamen „komplexen Lernens und Handelns“ gilt es, Ressourcen zu aktivieren und in Performanz zu bringen – d.h. also aktiv zu verändern.²⁷

Der Mensch wird im Integrativen Ansatz als Körper-Seele-Geist-Welt-Subjekt²⁸ verstanden. Er ist einerseits exzentrisches Leibsubjekt und gleichzeitig als Leib zentriert in der Lebenswelt. Als Lebendiger ist er in motorischer, emotionaler,

26 Vgl.: *Sachse, R., Kiszkenow-Bäker, S.* (2020): Komorbiditäten bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen. Hogrefe. 1. Aufl. 2020, S. 44

27 Vgl.: *Petzold, H., Josic, Z., Erhardt, J.* (2006): Integrative Familientherapie als „Netzwerkintervention“ bei Traumabelastungen und Suchtproblemen, In: *Petzold, H., Schay, P., Scheiblich, W.*: Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften. 1. Aufl. 2006, S. 119, 120

28 Vgl.: *Petzold, H.G.* (2006k/2011): Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ Menschenbild und Praxeologie (erg. Updating von 2003e). Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Neueinstellung 2011: *POLYLOGE* 2/2011; <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u/>

Stefan, R. (2020): Zukunftsentwürfe des Leibes. Grundlagen, Theorien und Begriffe der Integrativen Therapie und deren Bezugspunkte zu den Grundlagenwissenschaften. Wiesbaden: Springer. 2020

geistiger, sozialer Bewegung in einem Prozess des Vernetzens von Perspektiven und einem Prozess des sich Vernetzens.

Er ist „informierter Leib“, weil er eingebettet ist in Kontext und Kontinuum und zwar in einem Verbund mit der sozialen und ökologischen Umwelt. Er handelt also nicht aus einer „BeobachterInnenperspektive“ sondern ist in Wahrnehmung, Kognition und Handlung selbst aktiv - und zwar in einem autopoietischen (selbst-organisierten) Prozess.²⁹ Für die Beratung und Betreuung von Menschen mit Doppeldiagnose ist dieses Menschenbild von immanenter Bedeutung: der Mensch handelt nicht losgelöst von seiner sozialen und ökologischen Umwelt, sondern befindet sich in einem zirkulären Kausalitätsprozess. Der Suchtmittelkonsum – stoffgebundener und/oder nicht-stoffgebundener Art macht „Sinn“ und hilft, den Alltag zu bewältigen und vielleicht auch die psychische Erkrankung erträglicher zu machen. Der Konsum hat eine Funktion. Die Lösung ist also nicht, keine Drogen oder andere psychotrope Substanzen mehr zu nehmen. Vielmehr geht es darum, den Menschen beim „Herauswachsen aus der Sucht“ zu begleiten – immer in dem Wissen, dass der psychisch Erkrankte eine Instabilität mitbringt und der Rückfall „Teil“ des Krankheitsbildes ist. Als BetreuerIn im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens ist diese Situation nicht immer einfach zu bewältigen und zu begleiten. Häufig ist diese Prozessbegleitung verbunden mit Kriseninterventionen, kurzfristigen Einweisungen – manchmal auch sogar verbunden mit „Gefahr im Verzug“ bei dem schnell gehandelt werden muss! Manchmal sind weitere Hilfesysteme (z.B. sozialpsychiatrischer Dienst) hinzuzuziehen und gegebenenfalls das Einleiten eines PsychKG zu organisieren. Das stellt für den professionellen Helfer mitunter eine enorme Belastung dar. Das Gefühl der „Hilflosigkeit“ und „Machtlosigkeit“ kann den Betreuungsprozess bestimmen und den oder die BetreuerIn an die Grenzen führen.

In der professionellen Prozessbegleitung ist es mitunter jedoch auch wichtig, einen verbesserten Umgang mit Wille und Wollen (*Petzold, Sieper 2008a*) beim Klienten zu fördern. Der Wille (Volition) etwas zu verändern und auch die Motivation hierzu

29 Vgl.: *Petzold, H.G. (2000): der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie. Amsterdam/Düsseldorf/Krems, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/07-2002-petzold-h-g-der-informierte-leib/>*

benötigt auch Begrenzungen (sogenannte Constraints) und auch die Transparenz über mögliche Konsequenzen des eigenen Handelns.³⁰

Als wichtiges Element sei hier die motivierende Gesprächsführung genannt, welches in Beratung und Psychoedukation nach wie vor häufig eingesetzt wird. Die motivierende Gesprächsführung geht auf das transtheoretische Modell der Veränderung (TTM) zurück, welches 1982 von den Psychologen *James Prochaska* und *Carlo DiClemente* entwickelt worden ist. Es besagt, dass die Veränderung nicht linear zu verstehen ist! Der Mensch durchläuft „im Rad der Veränderung“ mehrere Prozesse, bevor sich eine stabile Veränderung einstellt.

*„Die Wege des Menschen tragen ihr Ziel in sich“, sagte Scrooge. „Aber wenn er einen anderen Weg einschlägt, ändert sich das Ziel.“ (von Charles Dickens aus „Der Weihnachtsabend“).*³¹

2.2.1. Sektorübergreifende und integrative Ansätze

Für die Begleitung, Beratung und Betreuung von Menschen mit einer Doppeldiagnose heißt das, dass sektorübergreifende und integrative Ansätze nötig sind, damit sie ausreichend verstanden und behandelt werden können.³²

Doch die psychiatrische „Landschaft“ sieht diesbezüglich eher düster aus.

Menschen mit einer Doppeldiagnose gelten im Allgemeinen als schwer behandelbar. Beispielsweise erleiden Patienten mit Psychosen und einer komorbiden Suchterkrankung häufiger psychotische Rückfälle und Noteinweisungen. Seitens des professionellen Helfersystems begegnet diesen

30 Vgl.: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (2008a): Integrative Willenstherapie. Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (2008a): *Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie*. 2 Bände. Bielefeld: Sirius, S. 473-592, bei *Petzold*; Textarchiv 2008. https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzoldh-g-sieper-johanna-2008-integrative-willenstherapie/teil_2.pdf

31 Vgl.: <https://gedankenwelt.de/das-transtheoretische-modell-der-veraenderung-von-prochaska-und-diclemente/>

32 Vgl.: *Petzold, H.G.* (2005p): „Vernetztes Denken“. Die Bedeutung der Philosophie des Differenz- und Integrationsdenkens für die Integrative Therapie und ihre transversale Hermeneutik. In *memoriam Paul Ricoeur* 27. 2. 1913-20.5.2005-Integrative Therapie 4 (2005) 398-412, in: *Psychotherapie Forum* 14 (2006) 108-111 und erw. in: *Sieper, J, Orth, I., Schuch, H.W.* (2007) (Hrsg.): *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. S. 273-295. <https://fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-10-2013-hilarion-g-petzold-2005p.html>

Menschen häufig ein „therapeutischer Nihilismus“ resultierend aus der relativ schlechten Compliance der DD-Patienten.³³

Der Begriff „Compliance“ muss jedoch im psychosozialen und therapeutischen, medizinischen Helfersystem kritisch bewertet werden. Der Begriff „Compliance“ (engl. Folgsamkeit, Botmäßigkeit) meint in der Medizin die Einwilligung, Gewährung, Erfüllung, Befolgung, Einhaltung einer Vorschrift, Mitarbeit des Patienten. Sie wird jedoch auch mit Willfähigkeit und Unterwürfigkeit aus dem angelsächsischen übersetzt (zit. aus *Langenscheid*, 2006).³⁴ *Arno Mohr* definiert den Begriff „Compliance“ mit Gehorsam und Folgsamkeit (*Mohr* 2001).³⁵ „Compliance“ impliziert demnach, dass ein Therapieerfolg abhängig von der genauen, vielleicht auch kritiklosen Einhaltung der verordneten Therapie ist. „Compliance“ ist nach dieser Auffassung also die Keimzelle des Erfolgs oder Misserfolgs jeglicher medizinischer und/oder psychosozialer Hilfeleistung.

Dieser Begriff ist problematisch und weist auf Autoritätsverhältnisse beispielsweise einer Arzt-PatientInnen-Beziehung hin. Auch im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens ist der Begriff „Compliance“ kritisch zu betrachten und in der Praxis neu zu überprüfen.

Denn es geht letztendlich um die „Adherence“ (engl. Festhalten und Befolgen) der gemeinsam von KlientIn und BetreuerIn festgelegten Ziele! Aufgrund der problematischen Besetzung des Begriffs „Compliance“ wird heute im angelsächsischen Bereich von „adherence“ oder „concordance“ gesprochen und dieser Begriff wurde als „**Adhärenz**“ der deutschen Sprache angeglichen. Der „Compliance-Begriff“ hat sich somit überholt (*Jüster* 2007; *Petzold, Sieper* 2008a, zit. aus *Leitner*, 2009). Es geht stattdessen um eine wechselseitige Adhärenz aller am Prozess beteiligten; der KlientIn gehört unbedingt dazu und sollte im Sinne von „concordance“ in den Prozess involviert werden. Hierzu gehören auch grundlegende Elemente wie die Vermittlung von Fachinformation sowie das

33 Vgl.: *Gouzoulis-Mayfrank, König, S., Koebbke, S., Schnell, Th., Schmitz-Buhl, M., Daumann, J.* (2015) Sektorübergreifende, integrative Therapie bei Psychose und Sucht. In: Deutsches Ärzteblatt, J. 112, Heft 41, 09.10.2015, S. 683
<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=172409>

34 Vgl.: <https://langenscheidt.com/englisch-deutsch/compliance>

35 Vgl.: *Mohr, A.* (2001): Sozialwissenschaftliches Wörterbuch. Berlin. De Gruyter Oldenbourg. 2001

Thematisieren der möglichen Konsequenzen und Möglichkeiten im Sinne eines funktionalen psychosozialen Prozesses. Der Hilfeempfänger sollte im Prozess mit den professionellen Helfern im Sinne eines „normativen Empowerment“ befähigt werden zu entscheiden, welche Behandlungs- und Hilfemaßnahmen er möchte. Das schließt natürlich auch einen „informed refusal“ (*Goodman 2007*, zit. aus *Leitner, 2009*), also eine informierte Ablehnung, eine Verweigerung mit ein. *Petzold (2009b)* betont hierbei, dass dem PatientInnenwillen die oberste Priorität eingeräumt werden muss (zit. aus *Leitner, 2009*). KlientInnen im Rahmen der Eingliederungshilfe haben das Recht, gut beraten und informiert zu werden – aber auch das Recht, vorgeschlagene Hilfemaßnahmen abzulehnen. Wir sollten aber auch die Rolle des Klienten differenzierter sehen und zwar im Sinne einer „doppelten Expertenschaft“: die „Professionellen“ sind Experten aufgrund ihres professionellen Wissens! Die KlientInnen jedoch sind Experten für ihre Lebenssituation, ihre Problemlage, ihre Krankheit! (*Petzold 1990i*, zit. aus *Leitner, A., 2009*).³⁶ Das erfordert in der Arbeit mit den KlientInnen die Wertschätzung von Andersheit (*Levinas*, vgl. *Petzold 1996k*) und den Respekt (*Sennet 2004*, zit. aus *Leitner, 2009*). Denn eines ist sicher: „die Würde des Menschen ist – immer, besonders in Zeiten der Schwächung durch Krankheit – antastbar“ (*Meinhof 1980*, zitiert aus *Leitner, 2009*).³⁷

Eine randomisierte kontrollierte Studie zu einem motivationsbasierten, kognitiv-behavioralen, integrativen Therapieprogramm aus dem Jahre 2011 bis 2013 des psychiatrischen Fachkrankenhauses der LVR Klinik in Köln mit 100 Patienten, die unter einer Schizophrenie und Suchterkrankung leiden, kam es zu folgenden Ergebnissen: ambulante störungsspezifische Therapiegruppen wirken sich positiv auf die Veränderungen des Konsums und auf die Abstinenzmotivation aus. Manualisierte Psychoedukationsgruppen mit psychoedukativem Training gepaart mit multimodalen Behandlungselementen wie z.B. Einzelgespräche,

36 Vgl.: *Petzold, H.G. (1990i)*: Selbsthilfe und Professionelle – Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem „erweiterten Gesundheitsbegriff“, Vortrag auf der Arbeitstagung „Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe“, 08.-10. Juni 1990, Dokumentation, Düsseldorf, auch in: *Petzold, H.G., Schobert, R., 1991*. Selbsthilfe und Psychosomatik, Paderborn: Junfermann. S. 17-28 <https://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-schobert-r-schulz-a-1991-anleitung-zu-wechselseitiger-hilfe-die.html>

37 *Leitner, A. (2009)*: Von der COMPLIANCE zur ADHERENCE, von INFORMED CONSENT zu respektvollem INFORMED DECISION MAKING. *Integrative Therapie* 35(1), 71–87. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=integrative-therapie_it-2009-1-managing-differences-die-kunst-die-vielfalt-zu-nutzen.pdf

Entspannungstraining und Bewegungstherapie haben ebenso positive Effekte auf den weiteren Verlauf. Im KomPASS-Training (Komorbidität, Psychose, Abhängigkeit: Skills-Training) werden beispielsweise Themen bearbeitet, die bedeutsam für den Umgang mit beiden Störungen sind.

- Identifikation potenzieller Gefahrensituationen mit den dysfunktionalen Kognitionen
- Anti-Stress-Fertigkeiten
- Umgang mit Krisen
- Kognitive Umstrukturierung und Ressourcenaktivierung
- Anti-Craving-Skills
- Soziales Kompetenztraining
- Gesundheitsfördernde Lebensführung.

Ziele dieser integrativen Behandlungsprogramme waren Stärkung der Abstinenzmotivation, Substanzreduktion, „Taking-steps“ im Sinne von konkreten Bemühungen, abstinent zu bleiben. Die Stichprobe setzte Vergleiche zur üblichen psychiatrischen Regelversorgung und man fand heraus, dass die Abstinenzmotivation in der „integrativen Therapiegruppe“ stärker anstieg ebenso zeigten sich erhöhte Werte in den Bemühungen, abstinent zu bleiben („Taking steps“). Die Patientenzufriedenheit wies in der integrativen Therapiegruppe signifikant bessere Werte auf. Die Ergebnisse lassen Rückschlüsse zu, dass langfristig angelegte, motivationsbasierte, integrative und sektorübergreifende Behandlungsprogramme im Vergleich zur Standardbehandlung zumindest in Teilen effektiver und zufriedenstellender sind. Patienten mit einer DD profitieren deshalb von langfristigen Behandlungs- und Beziehungsangeboten, auch wenn die Substanzen weiterhin eingenommen werden. Häufig sind es kleine partielle Erfolge, welche sich erst über einen längeren Zeitraum hin aufbauen. DD-Patienten benötigen einen Zeitraum von mehreren Jahren um sich graduell zu stabilisieren und zu erholen! Hierbei gilt es Ziele im Sinne von „Harm-Reduction-Ansätzen“ zu verfolgen und Erwartungen zu entwickeln, die realistisch und moderat sind.³⁸

38 a.a.O., S. 687-690

Die unterschiedlichen Disziplinen müssen eng zusammenarbeiten und gut miteinander kommunizieren. Wesentlich für die Entwicklung von Veränderungsprozessen ist ein respektvoller – nicht wertender – Umgang! Der Leidensdruck des Klienten muss verstanden und akzeptiert werden und es gilt stets, ein echtes Interesse daran zu haben, dass für seine Probleme und Anliegen Lösungen gefunden werden. Man muss hierbei berücksichtigen, dass viele Menschen mit DD in ihrer Vergangenheit bereits negative Erfahrungen im psychosozialen Versorgungsnetz wie Psychiatrie oder auch in der Suchtkrankenhilfe gemacht haben. Der Beziehungsaufbau und die Beziehungsgestaltung sind also von zentraler Bedeutung!³⁹

Ein wichtiger Aspekt ist stets zu berücksichtigen: Menschen - KlientInnen mit einer Doppeldiagnose - benötigen Zeit und hierbei ist ein Zeitraum von mehreren Jahren gemeint! Sie benötigen Sicherheit in Form von stabiler professioneller Beziehungsarbeit⁴⁰ - denn Relationalität und Affiliation gehören zu den Heil- und Wirkfaktoren, die insbesondere im Integrativen Ansatz beschrieben und konzeptualisiert sind.⁴¹

2.2.2. Ist-Situation in psychosozialen, ambulanten Hilfesystemen

Viele Menschen und Klienten mit DD erfüllen die Voraussetzungen für eine therapeutische Behandlung nicht. Teilweise sind es rigide Voraussetzungen wie beispielsweise Nichtaufnahme wegen fehlender Abstinenzbereitschaft. In beiden Versorgungssystemen – sprich psychiatrische Versorgung und Suchtkrankenhilfe – sind viele Patienten mit DD aufgrund der komplexen und ausgeprägten Krankheitssymptomatik überfordert, was wiederum häufig zu vorzeitiger Entlassung

39 Vgl.: *Dürsteler, K., Wiesbeck, G.* (2019): Therapeutische Grundprinzipien bei Doppeldiagnosen. In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.*: Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart: Kohlhammer. 2. Aufl. 2019, S. 79

40 Vgl.: *Petzold, H.G., Beek, Y. van, Hoek, A.-M. von der* (1994/2016): Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parenting“ und „sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold, H.G.* (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd.2: Paderborn: Junfermann, 491-646. <https://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-beek-hoek-1994a-grundlagen-intime-kommunikation-intuitive-parenting-polyloge-03-2016.pdf>

41 Vgl.: *Galas, M.* (2013): Die 14 Heil- und Wirkfaktoren des Integrativen Ansatzes in der Supervision. <https://eag-fpi.com/wp-content/uploads/2014/10/Die-14-Heilfaktoren-im-Ansatz-der-Integrativen-Supervision-Marcus-G>

führt. Es tritt ein „Ping-Pong“ Effekt ein⁴² und die Menschen werden zu „Drehtürpatienten“ und die Chronifizierung schleicht weiter voran.

Im Übrigen dann auch die Stigmatisierung – denn überwiegend gelten sie als schwer behandelbar und bisweilen sogar als therapieresistent (*Krausz und Watermann 2000, Murphy und Chand 2012, zit. aus Walter, Gouzoulis-Mayfrank, 2019*).

Besonders in der ambulanten Versorgung mangelt es an geeigneten Therapieangeboten und dem nötigen Fachwissen, um zum einen Doppeldiagnosen diagnostisch adäquat zu erfassen und dann auch integrativ zu behandeln (*Dauber et al. 2018, zit. aus Walter, Gouzoulis-Mayfrank, 2019*).⁴³

Diese häufigen Doppeldiagnosen-Kombinationen findet man im Ambulant Betreuten Wohnen.

Dennoch gibt es weiterhin in dieser ambulanten Hilfeform überwiegend Konzepte, in denen die Trennung zwischen Sucht und psychischer Erkrankung Vorrang hat und integrative Konzepte zur Betreuung von Menschen mit Sucht und psychiatrischer Erkrankung eher die Ausnahme als die Regel darstellen.

Ein Zustand der völlig konträr zur Problematik der psychisch- und suchterkrankten Menschen steht und an der Realität vorbei geht.

Und dabei geht es doch im Ambulant betreuten Wohnen insbesondere darum, durch affiliale Prozesse und fachgerechter, multidisziplinärer Behandlung und Betreuung Menschen mit einer DD zu unterstützen und in die Gesellschaft zu re-integrieren.

42 Vgl.: *Dürsteler, K., Wiesbeck, G.* (2019): Therapeutische Grundprinzipien bei Doppeldiagnosen. In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.* : Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart. Kohlhammer, 2. Aufl. 2019, S. 77

43 a.a.O., S. 76

3. Das Bundesteilhabegesetz und die Rolle der Eingliederungshilfe in der Versorgung von Menschen mit Komorbidität Sucht und psychiatrische Erkrankung

3.1. Was will das Bundesteilhabegesetz?

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist seit dem 26.03.2009 in Deutschland in Kraft getreten. Sie ist somit geltendes Recht und unterliegt dem UN-Ausschuss der regelmäßig prüft, ob die Vertragsstaaten die Konventionen der Rechte von Menschen mit Behinderungen umsetzen. Deutschland hat diesbezüglich noch einiges „nachzuholen“, so das Ergebnis der 1. Prüfung im Jahr 2015. So stellt Deutschland beispielsweise zu wenige soziale Dienstleistungen für Inklusion, Selbstbestimmung und Teilhabe zur Verfügung, die gesetzliche Definition von Behinderung passte nicht zu den Bestimmungen der Konvention und die BRD stellte nicht genügend Geld zur Verfügung, damit Menschen ein selbstbestimmtes Leben außerhalb von Einrichtungen führen können.

Das BTHG sollte das Behinderungsrecht reformieren und Menschen mit Behinderung zu mehr Teilhabe und individueller Selbstbestimmung verhelfen. Die erste Reformstufe trat 2017 in Kraft, 2018 wurde das neunte Sozialgesetzbuch eingeführt – die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung. In der 3. Reformstufe 2020 wurde die Eingliederungshilfe aus dem Bereich des SGB XII gestrichen. Zum 1.1.2023 war beabsichtigt, dass der Prozess eigentlich zum Abschluss kommt: der leistungsberechtigte Personenkreis in der Eingliederungshilfe (§ 99 SGB IX) sollte bis dahin neu definiert werden. Die Behinderung definiere sich nicht mehr als Eigenschaft einer Person, so die Vorlage zur Reformstufe 4, sondern sei als Zusammenspiel einer Beeinträchtigung und Besonderheit mit Barrieren in der Außenwelt zu werten.⁴⁴

Der Bundesrat lehnte jedoch in seiner Sitzung am 26.03.21 den Entwurf vorerst aus folgenden Gründen ab: der § 99 SGB IX muss gemäß Art. 25a BTHG

- auf der Basis eines bio-psychozialen Modells des ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) neu definiert werden

44 Vgl: https://www.betanet.de/bundesteilhabegesetz.html?b=soziales_recht?pdf=1420

- die Ausrichtung der Personenkreisfeststellung ist von zentraler Bedeutung für Leistungsträger, Leistungserbringer und Teilhabemöglichkeiten der leistungsberechtigten Menschen
- die nicht ausreichend geprüfte Rechtslage birgt Risiken (auch finanzielle) für die personenzentrierte Umsetzung des anspruchsvollen Rechtsgebiets
- Das Ergebnis einer Vorabevaluation ist weiterhin Beschlussgrundlage.⁴⁵

Soweit nun erst einmal zum Hintergrund und Entwicklung der Umsetzung des Bundesteilhabegesetz.

Es gibt einige interessante Aspekte, die im Sinne des Integrativen Ansatzes positiv zu bewerten sind:

- Das Einbeziehen der Umweltfaktoren, welche im Integrativen Ansatz unter dem Aspekt der Mikro-, Meso- und Makroebene mitunter differenzierter betrachtet werden können
- Ein Verständnis von Behinderung, welche Probleme, Ressourcen, Potenziale in den Teilhabeaspekt einfließen lassen könnten, jedoch nicht explizit benannt und gewünscht sind
- Ein bio-psychosoziales Verständnis von Krankheit und Behinderung unter Einbeziehung von Wechselseitigkeitsfaktoren – ein Konzept der Mehrperspektivität lässt sich hieraus jedoch nicht ableiten
- Die Personenzentriertheit, welche zumindest durch einen Prozess des Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens und Erklärens ein differenzierteres Bild des Menschen mit Behinderung und seiner Einflussfaktoren abbilden könnte, jedoch den Integrativen Ansatz der hermeneutischen Spirale und ko-kreativen Prozessen nicht erkennen lässt
- Der Leistungsberechtigte, der in seinem Wunsch- und Wahlrecht gestärkt wird und in seinem Wunsch nach Selbstbestimmung und wirksamer Teilhabe aller Lebensbereiche gesehen und gefördert werden soll und dem Konzept der „doppelten Expertenschaft“ etwas nahe kommt.

45 Vgl.: *Bundesrat* (2021): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sowie zur landesrechtlichen Bestimmung der Träger der Sozialhilfe (TeilhabeStärkungsgesetz). Köln. Bundesanzeiger Verlag GmbH. Drucksache 129/21. S. 6

Immer gilt es hierbei jedoch auch zu beachten: bei Personen, die Eingliederungshilfe erhalten, muss durch diese Maßnahme die Aussicht bestehen, dass die Aufgaben der Eingliederungshilfe nach § 90 SGB IX erfüllt werden können.⁴⁶

Das beinhaltet Chancen aber auch Grenzen. Grenzen, wenn das passende Angebot nicht vorhanden ist und Chancen, wenn durch kontinuierliche Unterstützung im Sinne des unterstützenden „Konvois“ und einer stabilen BezugsbetreuerInnenbeziehung nebst Passung der vorhandenen Angebote Prozesse weiter begleitet und der Leistungsbezieher in seinen Erhaltungs- und Veränderungszielen unterstützt werden kann.

Die Eingliederungshilfe hat somit eine wichtige Versorgungsaufgabe, welche aktiv und innovativ gestaltet werden sollte. In der Versorgung von Abhängigkeitskranken und Menschen mit zusätzlicher psychischer Erkrankung herrschen jedoch Defizite.⁴⁷

Der Gesetzgeber wünscht, dass „maßgeschneiderte“, passgenaue Leistungen für die leistungsberechtigte Person im Bedarfsermittlungsverfahren zusammengestellt werden. In der Praxis findet man jedoch eine unzureichende „Angebotslandschaft“ vor, die dem leistungsberechtigten Menschen - insbesondere dem Menschen mit einer Doppeldiagnose – sehr häufig nicht gerecht wird.

Nach wie vor gilt die Eingruppierung in der Rechtsverordnung nach

- Körperlich wesentlich behinderte Menschen (§ 1 EingIVO)
- Geistig wesentlich behinderte Menschen (§2 EingIVO)
- Seelisch wesentlich behinderte Menschen. (§3 EingIVO)

Doch unter dieser klassischen Einteilung lassen sich Menschen mit mehrfachen Beeinträchtigungen und Menschen mit „Doppeldiagnose“ nicht subsumieren. In der Arbeitsgruppe „Leistungsberechtigter Personenkreis“ des Paritätischen

46 Vgl.: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/w/files/umsetzungsstand/information-zur-arbeit-der-ag-leistungsberechtigter-personenkreis.pdf>

47 Vgl.: *Dochat, A.* (2019): Das Bundesteilhabegesetz und die Rolle der Eingliederungshilfe in der Versorgung abhängigkeitskranker Menschen. Download: <https://partnerschaftlich.org/themenmagazine/2019-03/das-bundesteilhabegesetz-und-die-rolle-der-eingliederungshilfe-in-der-versorgung-abhaengigkeitskranker-menschen.html>

Wohlfahrtsverbandes wird zu Recht moniert, dass der Aspekt der „Wesentlichkeit“ nicht ausschlaggebend sein darf. Es liegt auch eine wesentliche Behinderung vor, wenn die Gesamtschau der Beeinträchtigungen die Teilhabe an der Gesellschaft be-hindern.⁴⁸

Unter den wesentlich seelisch behinderten Menschen sollten nun auch explizit die Abhängigkeitserkrankungen aufgeführt werden; unkonkret bleibt jedoch auch in diesem Positionspapier der Arbeitsgruppe die Thematik „Psychische Erkrankung und Sucht“. Durchaus lässt sich daraus weiterhin eine Trennung zwischen „Abhängigkeitserkrankung“ und Psychischer Erkrankung mit Blick auf das vorherrschende Krankheitsbild vermuten.⁴⁹

3.2. Ex-klusionsrisiko statt In-klusion

Menschen mit einer psychischen Erkrankung und einer gleichzeitig bestehenden Suchterkrankung sind bis dato im Bundesteilhabegesetz weder explizit noch als eigenständiger Personenkreis der Leistungsberechtigten aufgeführt. Entweder ist die psychische Erkrankung genannt oder die „Sucht“. Diese Trennung ist jedoch obsolet, wie in Kap. 2.2. bereits ausgeführt. Konzepte von Trägern des Ambulant Betreuten Wohnens greifen jedoch häufig nach wie vor das „Trennungparadigma“ auf und haben vom Landschaftsverband - dem Kostenträger - keine Zulassung für die „Sucht“. Das heißt in der Folge, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung bei einem Anbieter mit der entsprechenden Zulassung aufgenommen werden können, aber bei gleichzeitig bestehender Suchterkrankung abgewiesen werden müssen. In der Praxis gibt es jedoch noch fatalere Entwicklungen: bei längerer Betreuung zeigt sich häufig die Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit – bis hin zur manifesten Abhängigkeit mit exzessiven Konsumepisoden. Die „Sucht“ tritt somit in den Vordergrund. Bekommt der zu Betreuende seine Sucht nicht in den Griff, droht eine Beendigung der Betreuung. Der Klient mit einer bestehenden Sucht und psychischen Erkrankung wird völlig fehleingeschätzt und fällt „durch's Raster“. Ähnlich ist die Situation bei den BPS PatientInnen. Sie gelten als „schwierig“ zu

48 Vgl.: https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Bundesteilhabegesetz/doc/Arbeitspapier_AG_Leistungsberechtigter_Personenkreis_in_der_Eingliederun.pdf

49 ebenda

behandeln und mitunter auch als „therapieresistent“. Gerade bei BPS PatientInnen zeigen sich jedoch vielversprechende Behandlungserfolge. *Zanarini* und KollegInnen konnten in einer 10-jährigen Längsschnittstudie aufweisen, dass BPS grundsätzlich heilbar ist. Die Prognose ist für die meisten PatientInnen mit BPS – aber nicht für alle – besser, als bisher angenommen.⁵⁰

Der KlientIn mit einer Doppeldiagnose hat im medizinischen aber auch psychosozialen Versorgungssystem häufig den Ruf, ein „hard to reach patient“ (schwer erreichbarer Patient) zu sein. Als KlientIn mit einer Doppeldiagnose ist er Stigmatisierungsprozessen unterworfen, die ihn als „schwierigen Klienten“ kategorisieren, der nicht (mehr) in das vorhandene Hilfesystem hineinzupassen scheint. Es gibt eine unterschwellige, manchmal auch offen ausgesprochene Voreingenommenheit gegenüber diesen Menschen, deren chronische Erkrankung häufig als „ihre Schuld“ angesehen wird. Insbesondere in den USA und im angelsächsischen Raum werden kritische Stimmen laut, die das Phänomen des „Patient blaming“ thematisieren. Krankheiten wie z.B. Lungenkrebs, Diabetes oder chronische Schmerzen seien das Resultat eines ungesunden Lebensstils, so häufig die Einstellung bei Ärzten, Angehörigen, ArbeitskollegInnen. Zu beobachten ist, dass darunter auch sehr häufig die Suchterkrankung zählt. All diese PatientInnen würden nicht nur sich selbst schaden, sondern auch das Gesundheitssystem belasten, dessen Kosten wir alle tragen müssen. Das alles sind Fakten, die zum Teil auch zutreffen. Zum Teil eben – aber es ist voreingenommen und nicht angezeigt Werturteile über Menschen zu fällen die unter Erkrankungen leiden, welche durch die Wahl des Lebensstils beeinflusst werden können. Bedenke man doch, dass es eine genetische Disposition für die Suchterkrankung insbesondere bei Kindern von suchtkranken Eltern gibt. Zwillings- und Adoptionsstudien weisen deutlich darauf hin, dass das Risiko zur Entstehung einer Alkoholerkrankung in dieser Personengruppe um das Drei- bis Vierfache erhöht ist.⁵¹ Das gleiche gilt für Diabetes – Umweltfaktoren und genetische Veranlagung sind Ursachen für die Diabetes des Typ 1 und Typ 2. Lungenkrebs und Lungenemphyseme werden häufig mit dem Rauchen in Verbindung gebracht. Aber wieviel PatientInnen gibt es,

50 Vgl.: *Zanarini, M.* (2018): *In the Fullness of Time: Recovery from Borderline Personality Disorder.* Oxford, New York: Oxford University Press.

51 Vgl.: <https://de.wikipedia.org/wiki/Alkoholabh%C3%A4ngigkeit>

die in ihrem Leben nicht geraucht haben und dennoch an Lungenkrebs erkranken? Zwillingsforschungen haben bewiesen, dass es angeborene zu Krebs disponierende Krebsgene gibt, die bei zusätzlichen Einflüssen und Risiken aktiv werden können. Lungenkrebs gehört zu den Krankheiten mit polygenetischer Veranlagung.⁵² Haben somit all diese Patienten ihre Gesundheitsprobleme selbst verursacht?

PatientInnen und KlientInnen für ihre eigene Erkrankung „schuldig zu sprechen“ schafft eher Hindernisse als wirksame Behandlung und Begleitung.⁵³

Es ist unsäglich diese Menschen dafür verantwortlich zu machen, dass sie nicht genug tun würden, um gesund zu bleiben. Diese „Schuld dem Patienten Einstellung“ geht letztendlich davon aus, dass Krankheit oder Wohlbefinden eine Frage der Willenskraft ist.⁵⁴ Doch dabei fehlt es oft an den passenden Institutionen und an spezialisiertem Personal! Und wenn Menschen mit einer Doppeldiagnose nicht einmal im Bundesteilhabegesetz als eigenständiger Personenkreis der Leistungsberechtigten aufgeführt sind, fallen sie schon hier „aus dem Raster“ und viele Konzepte der Leistungsanbieter sind auch aus diesem Grunde nicht auf diesen Personenkreis ausgerichtet und spezialisiert. Der chronisch such- und psychisch Kranke wird stigmatisiert zum „Systemsprenger“ (Sprache schafft hier sozusagen Fakten) und er „passt“ nicht in die vorhandenen Konzepte. Er muss zu einem anderen Anbieter wechseln oder Auflagen müssen erfüllt werden, wie z.B. Entgiftung, Anbindung an das örtliche Suchthilfesystem. Beides – der Wechsel und die Auflagen – überfordern die meisten Hilfesuchenden und bergen somit das Risiko, dass diese Menschen mit „Passungsproblemen“ durch das Netz fallen, weil das psychosoziale Hilfesystem unzureichend für ihre komplexen Problemlagen ausgerichtet und ausgebildet ist und, das muss an dieser Stelle nochmals deutlich hervorgerufen werden, selbst in der Eingliederungshilfe das Paradigma der separaten Behandlung von Sucht und psychiatrischen Erkrankungen immer noch herrscht und vorrangig ist. Statt In-klusion entwickelt sich Ex-klusion – also Ausschluss oder auch Ausgrenzung.

52 Vgl.: <https://krebs-rat-hilfe.de/lungenkrebs-genetische-risiken-und-einfluesse/>

53 Vgl.: <https://www.managedhealthcareexecutive.com/view/dismantling-stigmas-how-to-stop-the-blame-game-and-get-patients-the-care-they-need>

54 Vgl.: <https://www.kevinmd.com/2013/02/stop-blaming-patients-stay-healthy.html>

Die beabsichtigte Personenzentriertheit wird somit unterwandert, da quasi das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten in diesen Fällen beschnitten ist, das BezugsbetreuerInnensystem in seiner stabilisierenden Funktion - insbesondere bei langjähriger Begleitung – wird fachlich völlig unterschätzt und zu entwickelnde passgenaue Hilfemaßnahmen, kleinschrittig und realistisch, sind unter diesen Voraussetzungen einfach nicht möglich.

Wohlgemerkt, die Ausführungen beziehen sich auf die Eingliederungshilfe mit der Maßnahme Ambulant Betreutes Wohnen gem. § 125 ff SGB IX.

Noch eine Bemerkung sei hierzu erlaubt. Etymologisch gesehen steckt in dem Wort Betreuung die „Treue“, also eine Gesinnung und Haltung. Treu (Adj.) sein bedeutet, zuverlässig, unveränderlich fest und wohlmeinend sein.⁵⁵

Besteht hier nicht ein Widerspruch zwischen dem Anliegen der Eingliederungshilfe und dem der Lebenswirklichkeit?

3.3. Was lässt sich daraus folgern?

MitarbeiterInnen die im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens arbeiten, sind diesen Realitäten sehr häufig ausgesetzt. Sie kommen in Situationen, in denen Konflikte zwischen Anspruch und Wirklichkeit existieren. Die Betreuung im Sinne der zuverlässigen Stütze und vertrauensvoller Zusammenarbeit gerät in Gefahr. MitarbeiterInnen fühlen sich zusehends unter Druck, den Klienten zu einer abstinenten Lebensweise zu „bewegen“, damit dieser nicht aus dem bestehenden Versorgungsnetz fällt. Ein angstfreies, offenes Arbeiten verbunden mit Transparenz ist manchmal gegenüber der Leitungsebene nicht einfach - aber auch insbesondere gegenüber dem Kostenträger häufig schwierig und mit einem „Eiertanz“ verbunden.

Betrachtet man die Situation auf der Makroebene spielen folgende Komponenten eine Rolle:

- Die politische Situation in Form des Bundesteilhabegesetzes steuert das Angebot der Eingliederungshilfe „Ambulant Betreutes Wohnen“. Träger sind

55 Vgl.: <https://dwds.de/wb/Betreuung>

angehalten, ihre Konzeptualisierung dahingehend auszurichten, damit die Finanzierung und Wirtschaftlichkeit gewährleistet ist.

- Die Trennung von „Sucht und psychische Erkrankung“ wurde nicht aufgehoben. Weitestgehend halten Träger Konzepte vor, die entweder auf KlientInnen mit psychischer Erkrankung ausgerichtet sind, oder Menschen mit Suchterkrankungen.
- Der Anbieter erhält auf der Grundlage des Konzeptes die Zulassung für die Betreuung von abhängigkeitskranken Menschen oder psychisch erkrankten Personen.
- Ein Anbieter kann sich auch auf beide Personengruppen ausrichten, indem er gut fundierte Konzepte entwickelt und die Zulassung für „Sucht & Psyche“ beantragt.

Diese mitunter auch systemische Perspektive will Realitäten beschreiben und im Hinblick auf die Kontextbedingungen die Elemente, Kräfte und Medien in ihrem Zusammenspiel und Prozess erfassen. Auch wertetheoretische Positionen gelangen hier Bezug in Entscheidungsprozessen von Organisationen und Institutionen. Institutionen, die gesellschaftliche Arbeit im Sinne der Gesamtsystems leisten. Sie haben in ihrer Organisation eine eigene „philosophy“, eine Unternehmenskultur, unter der die Unternehmenspolitik deutlich wird und Entscheidungen auf der Grundlage dieses wertetheoretischen Referenzrahmens gefällt werden.

Auch hier sind Organisationen in Megakontexte mit strukturierenden „Rechtsgittern“ eingebunden, sodass Anpassungsleistungen und Spezifizierungen notwendig sind.⁵⁶

Und hier genau könnte ein Unternehmen aufgrund des „Theorie-Praxis-Zyklus“ einen „Marker“ setzen. Ein „neues“ Corporate Identity, ein neues „Logo“ (vom griech. „Idee“), welche die Realität nach außen zu den Menschen im „Feld“ widerspiegelt und eine neue Unternehmensperformanz herausbildet. Das im

56 Vgl.: *H. Petzold* (1994a/2007a): *Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Auflage, S. 180 + 181

Integrativen Ansatz genannte „reflexive Management“ reagiert auf „klimatische“ Phänomene in der Arbeit mit chronisch „seelisch behinderten Menschen“.

Reflexives Management im Sinne des Integrativen Ansatzes heißt genau dies: es beschreibt eine institutionalisierte Reflexion, welche durch Beobachtung und Koreflexivität aller Mitarbeiter des institutionalisierten Systems gekennzeichnet ist und durch einen strukturell geregelten Diskurs in einen rekursiven („durch sich selbst definierenden“) Prozess gerät. Es können sich auf diesem „klimatischen Boden“ neue Lösungen und Möglichkeiten entwickeln, das Emergenzpotenzial wird gesteigert und scheinbar aussichtslose Situationen lassen auf neue unabsehbare Entwicklungen hoffen. Die „Top-down-Orientierung“ wird herausgenommen und es wird zu einer Angelegenheit des Gesamtsystems. Nonlineare Prozesse bilden hierbei für die Selbstorganisation der komplexen Systeme die Grundlage, sodass es zu „Konflux-Phänomenen“ und zur ko-kreativer „Synergie aller Kräfte“ kommen kann.⁵⁷

In der Folge würde dies heißen, dass die MitarbeiterInnen des Ambulant Betreuten Wohnens – also diejenigen, die im direkten Kontakt mit dem „Feld“ stehen – in diesen Prozess miteingebunden werden sollten. Auf der Grundlage neuerer Forschungsergebnisse ist es notwendig, den Bezug zur Praxis herzustellen (Theorie-Praxis-Verschränkung). Sie ist in der integrativen Supervision von großer Bedeutung und handlungsweisend.

Auf der Grundlage der Mehrperspektivität kommt es zu vermehrter Exzentrizität und Souveränität. Die Weiterentwicklung „fundierter Kollegialität“, welche für die Unternehmenskultur und Unternehmensperformanz so wichtig ist, wird gefördert.⁵⁸

Aber es ist auch gerade der integrative Ansatz der „Mehrperspektivität“ vonnöten, damit nicht nur auf der Makroebene Prozesse, sondern auch auf der Meso- (soziale Schicht, Milieu) und Mikroebene (Familie, Freunde, Arbeit) Phänomene betrachtet und Strukturen im Sinne von Konnektivierung⁵⁹

57 a.a.O., S. 188-191

58 a.a.O., S. 191

59 Konnektivierung als zentraler Begriff der integrativen Therapie meint das Verbinden und Vernetzen von Ansätzen und Modellen immer mit dem Blick auf die Metatheorie, Theorie, Praxeologie und Praxis

erkennbar werden. Es geht um Lebensweltanalyse der Klienten und um ein prozessuales Vorgehen, in der man von den Phänomenen zu den Strukturen und den damit verbundenen (Lebens-) Entwürfen kommt.

Im Fokus steht das Erkennen einer multikausalen Krankheitsgenese, welche im Sinne der Hermeneutischen Spirale durch Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären wechselseitig zwischen Subjekt, Mitsubjekt und Sache und in Kontext und Kontinuum betrachtet werden muss.⁶⁰ Im Integrativen Ansatz wird dies als transversales, beständig überschreitendes „**biopsychosozialökologisches**“ Verfahren begriffen, der sich dem heraklitischen, prozessualen „panta rhei“ („alles fließt“) verpflichtet.⁶¹

Das Kontext- und Kontinuumsaxiom im Integrativen Ansatz besagt, dass der Mensch in jedem Moment seiner Gegenwart, die Ereignisse der Vergangenheit und die Möglichkeiten der Zukunft in sich trägt!^{62/63}

Für die Zielgruppe der Menschen, die an einer Doppeldiagnose Sucht und psychische Erkrankung leiden, ist es deshalb von grundlegender Bedeutung, dass sie von Hilfesystemen und Menschen aufgefangen und begleitet werden, die sie im ganzheitlichen Sinne wahrnehmen und verstehen und im „Netz“ auffangen können – aber auch auffangen wollen!

60 Vgl.: *Petzold, H.G. (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd.II, 2: Klinische Theorie, Paderborn: Junfermann, Überarbeitete Auflage 2003a).*

61 Vgl.: *Petzold, H.G. (2016j): Intersubjektive Hermeneutik und Metahermeneutik und die „komplexe Achtsamkeit“ der Integrativen Therapie. Bei Petzold; Textarchiv 2016. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2016j-intersubjektive-hermeneutik-metahermeneutik-komplexe-achtsamkeit-integrative-therapie.pdf*

62 Vgl.: *Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C.: Grundbegriffe der Integrativen Therapie. Wien: Facultas Universitätsverlag. 2021, S. 73*

63 Vgl.: *Petzold, H.G. (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Erw. in Petzold, H.G. (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2020-petzold-hilarion-g-2012q-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit-die-integrative-identitaetstheorie-als-grundlage-fuer-eine-entwicklungspsychologisch-und/>*

4. Das Stigma „Sucht“

Stigma kommt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt „Stich“, „Verletzung“ „Wundmal“. Es beschreibt eine unerwünschte Andersheit gegenüber dem, was wir erwartet hätten.^{64 65}

In der Soziologie wird Stigmatisierung als ein Prozess verstanden. Menschen werden durch andere Menschen in bestimmte Kategorien eingeordnet, verbunden mit einer bestimmten Position. Sie erfolgt durch Zuschreibungen von Merkmalen und Eigenschaften, die negativ bewertet werden – die diskreditierbar sind. Diese Menschen werden dadurch - soziologisch betrachtet – diskriminiert. Dies wiederum ruft einen Teufelskreis hervor, da Ausgrenzung zur Randgruppenbildung führt – es entwickelt sich eine „soziale Distanz“. *Erving Goffman* (1922-1982, US-amerikanischer Soziologe) erforschte dieses Phänomen und entwickelte eine Typologie im Umgang mit Stigmata im Alltag: die nicht sichtbaren Stigma-Merkmale wie z.B. Gefängnisstrafe werden häufig geheim gehalten. Die betroffene Person entscheidet, ob sie die Gefängnisstrafe „enthüllt“ – also offen kommuniziert, denn je nach Adressat, kann dies günstige wie auch ungünstige Auswirkungen haben. Nach *Goffman* findet man im Alltag folgende Formen des Umgangs vor:

Enthüllung, Verdrängung, Kompensation, Inanspruchnahme gesetzlicher Schutzmechanismen. Ein anderes Stigmamanagement findet man jedoch auch auf Seiten der Interaktionspartner vor. Konkret sind das im Alltag Phänomene wie Ignorieren des Stigmas, Meiden von Stigmaträgern und die „positive“ Variante - explizite Empathie.⁶⁶ Empathie ist nach dem Integrativen Ansatz jedoch nicht ausschließlich nur positiv zu identifizieren. Es gibt das Phänomen der „dunklen Empathie“, resultierend beispielsweise aus traumatischem Erleben – und darunter zählen meines Erachtens auch Erfahrung von Stigmatisierung in Form von Diskriminierung, Mobbing, Verleumdung, physische und psychische Gewalt! Hier

64 Petzold, H. G. (2009b): Stigma – die dunkle Seite der Identität. Vortrag auf der Tagung: Identität in Beratung und Therapie, 05.06.2009 bis 06.06.2009. Donau Universität Krems. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009b-stigma-die-dunkle-seite-der-identitaet.html>

65 Vgl.: https://en.wikipedia.org/wiki/Social_stigma

66 Vgl.: <https://de.wikipedia.org/wiki/Stigmatisierung>

werden komplexe, empathische Strategien und Fähigkeiten benutzt – und zwar in unethischer, ja devianter Weise! „Empathie kommt zustande im Zusammenwirken bewußter und *subliminaler* Wahrnehmung und ihrer mnestischen Resonanz“ (Petzold 1992a/2003,1080; Petzold, Beek, Hoek 1994, 590). Dieses Konzept empathischer Zwischenleiblichkeit knüpft daran an, dass soziale Synchronisierung in Kommunikation und Interaktion innerhalb von Gruppen zu finden ist und dieses empathische Interaktionsgeschehen benutzt werden kann zur Manipulation, Ausbeutung, Einschüchterung, Unterdrückung von Menschen. Wenn dies so ist, spricht der integrative Ansatz von „dunkler Empathie“. ⁶⁷ Stigmatisierung ist somit eine Form „dunkler Empathie“. Diese Seite der Empathie wird letztendlich schon „sichtbar“ durch die Verletzung der Würde und der Integrität des Anderen. In unserer Gesellschaft und auch in BeWo-Teams sollten wir uns vermehrt mit diesem Thema auseinandersetzen und uns bewusster werden, wo Stigmatisierungsprozesse anfangen und wie ihnen entgegengewirkt werden kann.

Psychisch erkrankte Menschen gehören in unserer Gesellschaft nach wie vor zu den Randgruppen und sozial Benachteiligten. Das gilt jedoch auch für Betroffene mit Suchtproblemen. Ein stigmapbewusster Umgang mit Suchtkrankheiten ist deshalb notwendig. Das Stigma ist im sozialen Raum vorhanden und somit gilt es, diese Realität nicht zu verleugnen, sondern sie zu problematisieren. Die Suchterkrankung ist als chronische Erkrankung einzuordnen. Sie ist keine Charakter- oder Willensschwäche. Im Integrativen Ansatz wird Identität als beständiger lebenslanger Entwicklungsprozess verstanden was bedeutet, dass suchtkranke Menschen mit Unterstützung einer Therapie beispielsweise, zu einer neuen, positiven Identität gelangen können, dies jedoch in unserer Gesellschaft meistens nicht so gesehen wird. In dem nach dem Integrativen Ansatz verstandenen permanenten, transversalen Entwicklungsprozess variiert das Identitätserleben und der Identitätsstil, sodass auch eine variable, facettenreiche Identitätsrepräsentation im sozialen Kontext ermöglicht wird. In diesen permanenten, beständigen Identitätsprozessen erhält der Mensch von außen

67 Petzold, H. G., Mathias-Wiedemann, U. (2019a/2020): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ und „zwischenleiblicher Mutalität“ als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Therapie und Supervision. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. POLYLOGE 3/2019, <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mathias-2019a-integrative-modell-wechselseitige-empathie-zwischenleiblich-polyloge-03-2019.pdf>

Zuschreibungen, wird als „solches“ identifiziert und bewertet. Dies wiederum bewirkt eine Selbstzuschreibung im Sinne von „self appraisal“ (sich selbst erkennen und einschätzen) und self valuation (Selbstbewertung), sodass es zur negativen Identitätsattribution zum einen von außen (vom sozialen Raum) aber auch zur Attributionsübernahme durch den Suchterkrankten selbst kommt.⁶⁸ Und genau diese Attributionsübernahme gilt es zu entlarven und zu durchbrechen! Das Stigma muss durch positive Identitätsarbeit überwunden werden. Das bedeutet „*Arbeit an sich selbst*“ und stellt im Wesentlichen „Identitätsarbeit“ dar. Es geht hierbei um Biographiearbeit, Erinnerungsarbeit im Sinne einer Neubestimmung der jeweiligen Situation. Die integrative therapeutische Identitätsarbeit hat zum Ziel, eine positive Identität zu entwickeln und die Erkrankten zu befähigen, ihre Fähigkeiten zu entwickeln und zu verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten „in Freiheit“ – ohne abhängig von „der Droge“ zu sein - und somit gegen die Negativzuschreibung und Stigmatisierung zu „empowern“. Dies geschieht in Abgrenzung und Angrenzung mit anderen Menschen, möglichst in diskursiven, polylogisch ausgehandelten Prozessen und auf der Grundlage ausgehandelter „*persönlicher Souveränität*“, die durch therapeutische Maßnahmen und professioneller Beziehungsarbeit gefördert und entwickelt werden muss. Bei sucht- und psychisch erkrankten Menschen ist die Identität häufig beschädigt und deren Identitätsprozesse sind gefährdet. In der Begleitung dieser Menschen ist es wichtig sie zu ermutigen „sich selbst zum Projekt zu machen“ und sie dabei zu unterstützen, ihr Leben „als Kunstwerk“ zu gestalten und im „Konvoi“ diesen Lebensweg zu bestreiten. Eine solche Identitätsarbeit ist grundlegend für Gesundheit, Krankheit und Persönlichkeitsentwicklung. Sie bedarf eines kollektiven Rahmens und eines tragfähigen relevanten sozialen Netzwerkes. Und sie benötigt Zeit! Zeit, um aus der Abhängigkeit heraus zu wachsen und alternative Bewältigungsstrategien zu erlernen. Akkumulierte Stigmatisierung übrigens – also Häufungen von negativen Identitätszuweisungen – „zementieren“ stigmatisierende Situationen. Das wird besonders deutlich bei Menschen, die aus der sozialen

68 Vgl.: Klos, Hartmut (2010): „Identität im Wandel“ – Zur Bedeutung der Identitätstheorie der Integrativen Therapie für die Behandlung und das Rückfallgeschehen von drogenabhängigen Menschen. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*. <https://fpi-publikation.de/polyloge/08-2010-klos-hartmut-identitaet-im-wandel-zur-bedeutung-der-identitaetstheorie/>

„Unterschicht“ – aus dem Prekariat kommen. Für diese Personengruppe ist es besonders schwer, aus den prekären Lebensverhältnissen heraus zu kommen.⁶⁹

Es stellen sich in der Begleitung, Beratung und Therapie von Menschen mit einer Doppeldiagnose komplexe Problemlagen dar. In einem Memorandum in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, welches am 28.04.22 veröffentlicht wurde wird klar gefordert, dass die Separierung der Hilfesysteme überwunden werden muss. In der Präambel wird von einem strukturellen Stigma gesprochen, welches sich auch in diskriminierenden Strukturen und Regeln zeigt. Abwertung, Ausgrenzung und Disziplinierung sind nicht die Lösungen. Wertschätzung und Befähigung (Empowerment) müssen im Zentrum beim Umgang mit Suchtkrankheiten stehen.⁷⁰

In der ambulanten Eingliederungshilfe finden wir im Umgang mit Menschen, die an einer Doppeldiagnose leiden, viele oben beschriebene Phänomene vor: wie z.B. das strukturelle Stigma durch die Separierung der Hilfesysteme, Meiden von Menschen mit einer Suchterkrankung, Negativzuschreibung – aber auch auf Seiten des Betroffenen die Geheimhaltung der Suchterkrankung, sozialer Rückzug, negative Selbstattribution. Viele Menschen vermeiden oder verzögern auch die Inanspruchnahme von Hilfe aus Angst vor Stigmatisierung.

Alexa Franke (*1948 – Professorin für psychologische Therapie und Rehabilitation an der Universität Dortmund) hat den Substanzmissbrauch aus einer anderen Sicht, wie ich finde, treffend beschrieben: Substanzmissbrauch ist eine sinnhafte, wenn auch schädliche Bewältigungsstrategie in Stresssituationen. Der Substanzkonsum variiert abhängig von

69 *Petzold, H.G.* (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit Erw. in *Petzold, H.G.* (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2020-petzold-hilarion-g-2012q-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit-die-integrative-identitaetstheorie-als-grundlage-fuer-eine-entwicklungspsychologisch-und/>

70 Vgl.: [https://www.dg-](https://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/aktuelles/Memorandum_Stigmatisierung.pdf)

[sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/aktuelles/Memorandum_Stigmatisierung.pdf](https://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/aktuelles/Memorandum_Stigmatisierung.pdf)

- dem Ausmaß wahrgenommener Kontrollmöglichkeiten in einer gegebenen Situation
- der Verfügbarkeit alternativer Bewältigungsstrategien
- der Verfügbarkeit von Substanzen
- den subjektiven Erwartungen bezüglich der Substanzeffekte.⁷¹

Meines Erachtens wird es Zeit für eine neue Betrachtung von „Sucht“ – insbesondere im Blick auf jene Zielgruppe der Eingliederungshilfe, welche unter einer psychischen Erkrankung und einer gleichzeitig bestehenden Suchterkrankung leidet.

Serge Moscovici (1965, 2001) nennt diese Phänomene in seinem sozialkognitivistischen Konzept „soziale Kognitionen“, die sich durch kollektive Stile des Denkens und kollektive Emotionen kennzeichnen (zit. aus *Petzold, 2003b*). *H.G. Petzold* erweitert den Ansatz von *Moscovici* indem er ihn ergänzt im Sinne von übergeordneten Stilen des Fühlens und kollektiver Volitionen mit den spezifischen sozial-kommunikativen Mustern und ihren kollektiven Praxen und Routinen. Diese „Sozialen Repräsentationen“ prägen die Sozialwelten und wirken sich selbstverständlich auch auf die professionelle Netzwerkgestaltung in der Versorgung psychisch- und suchtkranker Menschen aus! Es sind komplexe persönliche Repräsentationen, die für Menschen charakteristisch sind und lebensgeschichtlich in Enkulturation bzw. Sozialisation erworben worden sind in Form von emotionaler Bewertung (valuation) und kognitiver Einschätzung (appraisal). Sie sind im Menschen „einverleibt“ im ganzheitlichen Sinne und spielen sich ab wie erlebniserfüllte „mentale Filme“ und subjektiven Theorien über sich selbst aber auch über die Anderen.⁷²

H.G. Petzold definiert **Soziale Repräsentationen** wie folgt:

„Soziale Repräsentationen sind polyzentrische Wissensnetze, Sets kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen mit ihren Mustern des Reflektierens bzw.

71 Vgl.: *Franke, A., Elsesser, K., Gritzler, F.* (1998): Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen. Eine salutogenetische Verlaufsstudie. Cloppenburg. Runge Verlag. 1. Aufl. 1998, S. 8

72Vgl.: *Petzold, H.G.* (2003b): Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“. In: *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*. <https://www.fpi-publikation.de/supervision/01-2003-2003b-petzold-h-g-integrative-beratung-differentielle-konflikttheorie/>

Metareflektierens in polylogischen Diskursen bzw. Ko-responsenzen mit ihren Performanzen, d.h. Umsetzungen in konkretes Verhalten und Handeln“.⁷³ So sind auch Stigmatisierungsprozesse zu erklären, die sich in kollektiven Kognitionen, Emotionen und Volitionen widerspiegeln!

Vielleicht stellt dies genau eine neue Herausforderung dar – nämlich eine Theorie- und Praxisverschränkung, ein nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen geleitetes Reflektieren und Metareflektieren in Ko-respondenz und mit polylogischen Diskursen! Und hier genau gehört auch die Betrachtungsweise des Klienten dazu. Er sollte „gesehen“ werden und in den Dialog miteinbezogen werden mit einer ethischen Haltung von Wertschätzung und Akzeptanz. Durch diskursive Prozesse kommt es dann auch vielleicht zu einem Prozess der Ent-stigmatisierung sowie in der Folge zu Entwicklung und Freisetzung von Emergenzpotenzial⁷⁴ im Sinne von neuen ko-kreativen Lösungsansätzen.

Im Übrigen sei noch ergänzt, dass seit dem 18.06.1968 das Bundessozialgericht Alkoholismus als Krankheit anerkannt hat! Seitdem ist es so, dass die Alkoholabhängigkeit - wie jede andere Krankheit auch - behandelt wird und für die Behandlungskosten Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zuständig sind.⁷⁵ Somit ist die Suchterkrankung eine Krankheit und keine Charakter- oder Willensschwäche. Seit mehr als 54 Jahren gilt das Krankheitsparadigma und es wundert, dass noch immer suchtkranke Menschen abseits unserer Gesellschaft zu stehen scheinen und als „willensschwach“ gelten.

73 Vgl.: *Petzold, H.G.* (2003e): „Menschenbild und Praxeologie“. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsforschung“ (1972-2002) – Teil I bis III. *POLYLOGE* 6/2003, <https://fpi-publikation.de/polyloge/06-2003-petzold-h-g-2003e-menschenbild-und-praxeologie-30-jahre-theorie-und-praxis/>

74 Emergenz meint im Integrativen Ansatz Entwicklungen, die durch non-lineare Interaktionen, ko-kreativen Prozesse und durch eine phänomenologisch-hermeneutischen Zugangsweise eine höhere Stufe der Qualität oder Produktivität erreichen. Es entwickelt sich hierdurch eine schöpferische Potentialität (Emergenzpotential), sodass neue Lösungen gefunden werden können

75 Vgl.: <https://www1.wdr.de/stichtag/stichtag-bundessozialgericht-alkoholismus-krankheit-erkennung-100.html>

5. Affiliation und Relationalität als grundlegende Marker

Affiliation („affiliation“) ist die Tendenz des Menschen, unabhängig von den Gefühlen gegenüber anderen, die Gesellschaft von anderen Personen zu suchen. Die Affiliationsmotivation variiert. Sozialpsychologen haben beispielsweise herausgefunden, dass eine Bedrohungssituation das Bedürfnis nach Affiliation hervorruft – eigentlich ist das auch gut nachzuvollziehen, denn evolutionsbiologisch betrachtet hat der Zusammenhalt mit anderen die Überlebenschancen verbessert. Allerdings ist es auch so, dass – wie in einem homöostatischen Modell – eine Ambivalenz zwischen „alleine sein“ und der Suche nach sozialen Kontakten besteht. Es gilt deshalb stets, das optimale Niveau der Affiliation zu finden.⁷⁶ Selbstverständlich gilt dies auch für die professionelle Beziehungsgestaltung im Ambulant Betreuten Wohnen. Die Nähe und Distanzregulierung ist in diesem Rahmen ein wichtiges Moment!

Das ABW gewinnt jedoch dort an Bedeutung, wenn Menschen unter Stress und Ängsten leiden.

Bei bedrohlichen und belastenden Situationen suchen diese Menschen Helfer, die sie unterstützen und mitfühlend sind. Aus der Bindungstheorie kennen wir diese Phänomene: es handelt sich um eine angeborene Tendenz, z.B. auch bei Hinweisen auf eine Gefahr den engen Kontakt zur Mutter zu suchen. (*Reis & Patrick, 1996; Shaver & Klinnert, zit. aus Buunk, 2002*).⁷⁷

Jedoch ist die IT-Bindungskonzeption polyadisch und nicht nur mutterzentriert. Bei Gefahr kann ein Kind ebenso einen anderen Caregiver (Bezugsperson) suchen, der Schutz bieten kann, der Vertrautheitsqualität besitzt.⁷⁸

76 Vgl.: *Buunk, B. (2002): Affiliation, zwischenmenschliche Anziehung und enge Beziehungen, In: Stroebe, Jonas, Hewstone: Sozialpsychologie. Berlin, Heidelberg, New York. Springer. 4. Aufl. 2002.S. 417*

77 a.a.O., S. 419

78 Vgl.: *Petzold, H. G., Beek, Y., van Hoek, A.-M. van der (1994/2016): Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parentin“ und „sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2: Paderborn: Junfermann, 491-646. <https://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-beek-hoek-1994a-grundlagen-intime-kommunikation-intuitive-parenting-polyloge-2-2016.pdf>*

Schließlich ist „Affiliation“ das intrinsische Bedürfnis des Menschen nach Nähe zu anderen Menschen und auch zu Menschengruppen, um eine Affiliationsgemeinschaft zu bilden. Affiliation ist ein grundlegendes, **evolutionsbiologisch** herausgebildetes Muster zur Gefahrenabwehr, Sicherung des Überlebens, Schutz vor Feinden und Weiterentwicklung von Wissen und Handlungsmöglichkeiten durch Gemeinschaft und Kommunizieren der hierbei gewonnenen Erkenntnisse in korrespondierenden Konsens-Dissens-Prozessen.⁷⁹

In Bezug auf das ABW heißt das, dass die KlientInnen den Kontakt zu jenem Betreuer suchen, den sie als vertrauenswürdig, verlässlich und hilfreich ansehen.

Im Blick auf die Menschen, welche unter einer Doppeldiagnose leiden, ist der Aspekt der Affiliation entscheidend. Sie benötigen Helfer, denen sie vertrauen und auf lange Sicht hin verlassen können. Ein Anbieterwechsel zu einem Träger mit dem damit verbundenen Wechsel zu einem anderen Bezugsbetreuer mit unbekanntem Netzwerkstrukturen birgt somit auch ein Risiko: nämlich das der Destabilisierung und somit Kontraindikation, sodass statt der gewünschten Verbesserung eher eine Verschlechterung der Situation entsteht.

Die Relationalitätstheorie des Integrativen Ansatzes nach *H.G. Petzold* greift das Phänomen der Affiliation auf und meint die Bezogenheit und das gegenseitige aufeinander Angewiesensein. Im Wort Relationalität steckt das Wort lat. „relatio“, was so viel bedeutet wie das Zurücktragen, das Verhältnis.⁸⁰

Als kleinste Einheit der Relationalität ist der Kontakt, dann folgt die Begegnung als ein kurzfristiges und wechselseitiges Erkennen und Erfassen. Eine weitere Modalität der Relationalität ist die Beziehung. Nach dem Integrativen Ansatz ist Beziehung „die in die Dauer getragene Begegnung, eine Kette von Begegnungen, die neben gemeinsamer Geschichte und geteilter Gegenwart eine Zukunftsperspektive einschließt“. Die Verlässlichkeit ist ein wichtiger Faktor, wenn der Moment des Kontakts aber auch des Rückzugs neue Facetten der Beziehung

79 Vgl.: *Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007): MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Revid. von Petzold, Müller, M. (2005), in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet.html>*

80 ebenda

an das Tageslicht bringen. Beziehung ist als Qualität von Relationalität zu werten. Sie stellt den Grad der Verbundenheit oder auch die Distanz zwischen den Individuen dar. Bindung ist die intensivierete Beziehung. Sie ist gekennzeichnet durch Verbindlichkeit und Verantwortlichkeit.

Häufig kann man in der Praxis des ABW **Beziehung** als Form der Relationalität und Ausdruck von Affiliationsmotiven vorfinden.

Sie ist Ausdruck von Beziehungsfähigkeit und professioneller Beziehungsgestaltung und sie bildet die Grundlage zur Begleitung und Motivierung von Veränderungsprozessen. Weitere Modalitäten von Relationalität sind Abhängigkeit und Hörigkeit.

Die „Theorie der Relationalität“ nach dem Integrativen Ansatz geht auf die Überlegungen von *Gabriel Marcel*, *Emmanuel Levinas* und *Paul Ricoeur* zurück. Die in der Philosophie verankerte ontologische Position der IT vertritt, dass „Sein“ „Mit-Sein“ ist und immer auch eine „Differenz“ impliziert – nämlich die „Andersheit der Anderen“.⁸¹

In der Praxis des „Feldes“ - also in der Arbeit mit den Menschen, welche unter einer Doppeldiagnose leiden und auch in der Praxis von Supervision nach dem Integrativen Ansatz sind die Formen der „Relationalität“ die Kernaufgaben in diesen jeweils sozialen und kommunikativen Interaktionen. Der Aufbau einer professionellen Arbeitsbeziehung ist die Grundlage für jegliche Begleitung mit Veränderungs- und Erhaltungsaspekten. Besteht zwischen KlientIn und BetreuerIn keine Beziehung, ist der Kontakt nur schwer möglich und eine „Angrenzung“ an die Bedürfnisse des Klienten ist von vorneherein zum Scheitern verurteilt. Termine werden beispielsweise abgesagt oder der Klient ist einfach nicht erreichbar. Wenn möglich, sollte dies jedoch vermieden werden denn der professionelle Helfer trägt wesentlich dazu bei, dass Kontakt und Begegnung zum Klienten stattfinden kann. Er bietet Beziehung an und gibt Raum, dass der Klient dieses Angebot annehmen kann. Außerdem achtet er darauf, dass der Klient nicht in Reaktanz verfällt. Im

81 Vgl.: *Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007): Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Düsseldorf/Hückeswagen, bei <http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet/>*

Integrativen Ansatz wird Reaktanz als Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmung verstanden – im Gegensatz zum Bedürfnis nach Nähe, nämlich dem der Affiliation. Reaktanz tritt häufig auch dann ein, wenn ein Mensch sich unter Druck gesetzt fühlt. Das separierte professionelle Hilfesystem birgt an sich schon die Gefahr, dass Reaktanz beim Hilfesuchenden mit einer Doppeldiagnose entsteht und Kontakt, Begegnung und Beziehung nicht mehr möglich ist.

6. Was bedeutet wirksame Supervision in der ambulanten Eingliederungshilfe mit ihrer Problematik „Sucht und psychische Erkrankung“?

In den nun folgenden Ausführungen beziehe ich mich überwiegend auf die Ergebnisse einer 2. SAP Studie aus der Supervisionsforschung, welche unter Federführung von *H.G. Petzold* ab 2003 entstand. 2019 wurde das Buch „Supervision auf dem Prüfstand“ (2. Aufl.) veröffentlicht aus dem ausschnittweise für das Thema der Graduierungsarbeit wichtige Aspekte der Forschungsergebnisse von SAP 2 aufgeführt werden. Sie beanspruchen keineswegs die Vollständigkeit der Studienergebnisse, sondern greifen relevante Punkte für eine wirksame Supervision in Teams des Ambulant Betreuten Wohnens auf.

Vorab möchte ich zunächst einmal darauf eingehen, was Supervision nach dem Integrativen Ansatz bedeutet.

Die Definition von Supervision nach dem Integrativen Ansatz differenziert den Begriff wie folgt:

- Sie ist eine interdisziplinär begründete Methode zur Optimierung zwischenmenschlicher Beziehungen und Kooperation durch mehrperspektivische Betrachtung aus der exzentrischen Position.
- Sie beinhaltet Situationsdiagnostik mit Berücksichtigung der situativen, personenabhängigen und institutionellen Hintergründe.
- In der Supervision geschieht dies durch intersubjektive Korrespondenz zwischen SupervisorInnen und SupervisandInnen.

- Im Sinne von Joint Competence und durch den Ansatz der „doppelten Expertenschaft“ werden die jeweiligen Kompetenzen gebündelt und theoretisches Wissen, praktische Erfahrungen miteinander „geteilt“ und strukturiert. Supervisionsgruppen werden somit nach *H.G. Petzold* auch zu „Kompetenzgruppen“.
- Supervision ist ein interaktionaler Prozess, welche eine Rückkoppelung und Integration von Praxis und Theorie zum Ziel hat, damit die Aufgabenstellungen der SupervisandInnen im mehrperspektivischen Kontext (z.B. Institution) erreicht werden können und ein Optimierungsprozess eintritt. Die personale, soziale und fachliche Kompetenz und Performanz wird gefördert.
- Supervision dient auch als Praxisstrategie und ist gekennzeichnet durch ein gemeinsames Bemühen von SupervisorInnen und SupervisandInnen vorgegebene Sachelemente, Überlegungen aber auch Emotionen in ihrer Ganzheit, Struktur und ihrem Zusammenwirken zu erleben, zu erkennen, zu handhaben. Die SupervisorIn wird somit zur KatalysatorIn! Sie fungiert als Feedback-Instanz und auch Beraterin, je nach personaler Auseinandersetzung und situativer, kontextgebundener Anforderlichkeit.
- Die Supervision nach dem Integrativen Ansatz ist sozialphilosophisch geprägt. Ihr politisches Statement ist geprägt vom Freiheitsdiskurs moderner Demokratie, welche ein Engagement für Grund- und Menschenrechte impliziert. Sie leistet Arbeit im Gemeinwesen für das Gemeinwesen mit dem Ziel, die Effizienz und Humanität professioneller Praxis zu sichern und zu fördern! Sie verwendet hierfür ein breites Spektrum sozialwissenschaftlicher Theorien. Ihre psychosozialen Interventionen zeichnen sich durch eine Methodenvielfalt aus, welche sich auch in der Praxis gut bewährt haben.⁸²

Die kreativen Medien und Methoden ermöglichen es, komplexe institutionelle und organisatorische Zusammenhänge plastisch und sichtbar zu machen und haben somit ein hohes projektives Potenzial.⁸³ Dies kann beispielsweise durch die Arbeit

82 Vgl.: *Schigl, B., Höfner, C., Artner, N., Eichinger, K., Hoch, C., Petzold, H.G.* (2020): Zum Verständnis von Supervision, In: *Schigl, B., Höfner, C., Artner, N., Eichinger, E., Hoch, C., Petzold, H.G.*: Supervision auf dem Prüfstand. Wiesbaden. Springer. 2. Aufl. 2020, S. 16

83 Vgl.: *Petzold, H.G.* (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl. 2007, S. 23

mit Charting-Techniken in der Supervision gemacht werden. „Atmosphären der Macht“, also Hierarchien und die wahrgenommenen Phänomene, welche sich auch auf emotionaler Ebene widerspiegeln, können durch diese Techniken „auf’s Papier“ und somit „auf den Tisch kommen“ und visualisiert werden. In der integrativen Supervision ist die Arbeit mit „Power-Maps“ und „Empowerment“ eine effektive Methode, wenn praxeologische Perspektiven entwickelt werden sollen und „Macht“ als „Kraft des Machen-Könnens“ und „Macht als Potential“ neu definiert werden.⁸⁴

Es ist wichtig, dass Supervision *gerade in der ambulanten Eingliederungshilfe* ein wichtiges Instrument wird, um die Performanz und Kompetenz in sozialer, personaler aber auch fachlicher Hinsicht zu sichern und zu fördern.

6.1. Der innere Ort persönlicher Souveränität

Ein weiterer Aspekt der integrativen Supervision greift das Thema Souveränität auf. Es geht um den „inner place and outer space of sovereignty“ – also um die persönliche Souveränität des Einzelnen. Souveränität ist die Basis von Entscheidungskraft! Handelt jemand souverän (von lat. darüberstehend) so kann dies durch Exzentrizität gelingen – und gerade das sind die wesentlichen Elemente, die es in der Supervision nach dem Integrativen Ansatz zu fördern gilt. So geht es in der integrativen Supervision um die Persönlichkeitsentwicklung von SupervisandInnen und deshalb schließt sie das Konzept der „Selbstwirksamkeit“ von *Albert Bandura* (1925-2021 – kanadischer Psychologe) mit ein. Souveränität ist Ausdruck von Freiheit und gelingt nur, wenn eine „Souveränität nach innen“ vorhanden ist. Es erfordert hierfür reflexive Auseinandersetzung und auch die Auseinandersetzung der eigenen Emotionen, Motivationen und Volitionen mit dem Ziel, die Kontrolle dessen zu erlangen.⁸⁵ Dieses Souveränitätskonzept greift auf die Werke von *Michel Foucaults* (1926-1984 – französischer Philosoph, Historiker, Soziologe, Psychologe) zurück. *Foucaults* meint hier die „maitrise de soi“, die „Meisterschaft seiner selbst“ welche getragen ist durch die „Sorge um sich selbst“.

84 a.a.O., S. 278 + 279

85 a.a.O., S. 226, 227

Im Integrativen Ansatz wird dies jedoch weiter geführt: der Akzent wird erweitert durch die „Sorge um den Anderen“, um die Dinge und die Welt“. ⁸⁶

Diese Aspekte gelten für beide: für die SupervisandInnen – aber auch für den oder die SupervisorIn.

Als SupervisorIn ist es von grundlegender Bedeutung, einen inneren Ort der Souveränität zu haben und den „äußeren Raum der Souveränität“ – sprich den „inner place and outer space of sovereignty“ jedes einzelnen Supervisionsmitgliedes aber auch zu fördern. Für die supervisorische Arbeit in der Eingliederungshilfe heißt dies, dass die Entwicklung der „persönlichen Souveränität“ aus der Exzentrizität heraus ein bedeutender Bestandteil einer wirksamen Supervision ist - denn so wird die Effizienz und die Humanität in der Betreuungspraxis der Menschen mit einer Doppeldiagnose gewährleistet und Performanz gefördert. ⁸⁷

Supervision hat insofern für die Supervidierten auch eine wichtige Unterstützungs- und Entlastungsfunktion! Gelingt dies, kann sie sich auch positiv auf deren Selbstwirksamkeit und persönlicher Souveränität auswirken. Es entwickelt sich neue Innovationskraft im professionellen Handeln. ⁸⁸ Gerade in der psychosozialen Begleitung von Menschen, welche unter einer Doppeldiagnose leiden, stoßen Mitarbeiter an ihre Grenzen. Sie befinden sich häufig in einem Spagat zwischen Begleitung und Hilflosigkeit. Und gerade hier ist Support vonnöten, damit der exzentrische Blick wieder möglich wird und neue Kommunikationsmöglichkeiten und ko-kreative Lösungsansätze sich entwickeln können. Der innere Ort persönlicher Souveränität ist die Grundlage für Entscheidungen und somit für Vorgehensweisen, die aus dem Blickwinkel der Exzentrizität, aber auch aus „innerer und äußerer Freiheit“ entstehen können. Nicht immer bewegt man sich hierdurch im „Main-stream“ und es bedeutet schon Mut im Sinne von „Parrhesie“ (ein Begriff der von *Michel Foucault* 1996 stammt), wenn man seine eigene Meinung und Ideen

86 Vgl.: *H. Petzold* (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Paderborn: Junfermann Verlag. 3. Auflage 1996. In: <https://fpi-publikation.de/downloads/?doc=Petzold-1988n3-Integrative-Bewegungs-und-Leibtherapie-Bd-1-2.pdf>

87 ebenda

88 Vgl.: *Petzold, H.G.* (2020): Nachgedanken zum Forschungsbericht. In: *Schigl, G., Höfner, C., Artner, N., Eichinger, K., Hoch, C., Petzold, H.G.*: Supervision auf dem Prüfstand. Wiesbaden. Springer. 2. Aufl., 2020, S. 234

ausspricht und möglicherweise gegen die üblichen strukturellen Vorgaben argumentiert.⁸⁹

6.2. Prozesse wechselseitiger und zwischenleiblicher Resonanzen

Ebenso wirksam kann Supervision werden, wenn Emotionen als Wahrnehmungsereignisse wahrgenommen werden können. Das heißt: die darin enthaltenen Emotionen können unbewusst aber auch vorbewusst (an der Grenze zwischen bewusstem und unbewusstem) existieren. In der Supervision wird ein Prozess gefördert, der Emotionen mitbewusst (ko-reflexiv), wachbewusst (aus dem unterschwellig wahrgenommenen in die „Bewusstheit“) sowie ich-bewusst ablaufen lässt. Und diese Emotionen sind immer leibgegründet. Sie sind „embodied“ (Petzold 2021d). Sie sind begründet in einen lebendigen Organismus mit seinen gut funktionierenden, neurozerebralen, endokrinologischen, sensorisch-perzeptiven und motorisch-expressiven Prozessen.⁹⁰ Auch hierum geht es in der Supervision: aus dem Blickwinkel der Exzentrizität die Emotionen betrachten und zwar mehrperspektivisch in Kontext und Kontinuum. Denn gerade das Klientel, welches unter einer psychischen- und einer gleichzeitig bestehenden Suchterkrankung leidet kann heftige Emotionen auslösen, sodass das optimale Niveau der Affiliation nicht mehr gelingen mag und die Nähe-Distanzregulierung schwierig wird.

In der Supervision nach dem Integrativen Ansatz kommt es hierbei zu Prozessen wechselseitiger und zwischenleiblicher Resonanzen in der neben anderen die Empathie eine wichtige Funktion hat. Sie unterstützt die Hermeneutik wechselseitiger Deutungen, das Verstehen und das Verständnis nach dem Konzept der „Mehrebenenreflexion“ (Petzold 2005p, 2017f). In dieser „Kompetenzgruppe“ der Supervision entwickelt sich ein zwischenmenschliches Miteinander mit dem

89 Vgl.: Petzold, H.G., Ebert, W., Sieper, J. (1999/2001/2011): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ - transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Erw. und überarbeitet 2001. In: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 01/2001, Neueinstellung mit Vorwort: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-ebert-sieper-1999-2001-update-2010-beitraege-zur-feldentwicklung-im-feld-der-supervision.html>

90 Vgl.: Renfordt, H., Mathias-Wiedemann, U., Petzold, H.G. (2021): Wahrnehmungsereignis Emotion. Ihre Bedeutung für die Supervision nach dem Integrativen Ansatz. <https://www.fpi-publikation.de/supervision/06-21-renfordt-h-mathias-u-petzold-h-g-wahrnehmungsereignis-emotion-ihre-bedeutung-fuer-die-supervision-nach-dem-integrativen-ansatz/>

Phänomen der wechselseitigen Resonanz, miteingeschlossen die Emotionen, welche im Prozess vom „informierten Leib“ aufgenommen, internalisiert (angeeignet) und interiorisiert (verinnerlicht) werden. In diesen Prozessen entwickelt sich eine Mutualität (Wechselseitigkeit) der Empathie, die durch die Methodik des „eigenleiblichen Spürens“ noch weiter gefördert wird. Es sind Lernprozesse, die aus der „multiplen Entfremdung“ herausführen und in einen Erkenntnisweg einmünden können.⁹¹ Als SupervisorIn spielt es im professionellen Handeln eine große Rolle, inwieweit man „selbstempathisch“ sein kann – das heißt zum Beispiel auch, eigene Unzulänglichkeiten zu akzeptieren in dem Wissen, dass ein transversal-empathisches Erfassen immer nur annäherungsweise möglich ist! Auch sollte stets geprüft werden, inwieweit das empathische Streben nicht die eigene Belastbarkeitsgrenze überschreitet. **Transversale Empathie** bedeutet demnach, „eine multidirektionale Annäherung an zu Empathierendes (Mensch, aber auch Tier, Pflanze, ökotrop⁹²) durch ein weitgreifendes, exzentrisches Umkreisen und tiefgreifendes, zentrisches Durchdringen in dem Versuch, das Andere/den Anderen in hinreichend komplexer Weise und mit positiver Zielsetzung zu ergreifen“⁹³

Dies ist ein Prozess und er verläuft (kognitiv/metakognitiv) durch reflexive, ko-reflexive, hyperreflexive Versuche des Begreifens, durch Versuche des emotionalen/metaemotionalen Empfindens und Erfühlens (Ko-Empfinden, Nachfühlen) und des zwischenleiblichen somatosensumotorischen Mitschwingens und Mitspürens (motorische Synchronisation, Ko-motilität).

So ist die „Transversale Empathie“ ein zentrales Wirkungsprinzip in der Supervision nach dem Integrativen Ansatz, da es hierbei um ein zwischenmenschliches und zwischenleibliches Geschehen geht mit dem Versuch, den jeweils Anderen und das eigene Selbst in Kontext und Kontinuum differenziert zu erfassen.

91 Vgl.: *Petzold, H.G., Mathias-Wiedemann, U. (2020): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ und „zwischenleiblicher Mutualität“ als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Therapie und Supervision. POLYLOGE 13/20, <https://www.fpi-publikation.de/gruene-texte/13-20-petzold-h-g-mathias-u-2019a-das-integrative-modell-komplexer-wechselseitiger-empathie-und-zwischenleiblicher-mutualitaet-als/>*

92 Griech.: oikos = Haus, Wohnraum und topos = Ort

93 Vgl.: *Petzold, H. G., Mathias-Wiedemann, U. (2019a/2020): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ und „zwischenleiblicher Mutualität“ als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Therapie und Supervision. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. POLYLOGE 3/2019, <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mathias-2019a-integrative-modell-wechselseitige-empathie-zwischenleiblich-polyloge-03-2019.pdf>*

Eine der ersten Supervisions-Schadensstudien (*H.G. Petzold und Rodriguez-Petzold 1996*) deckten Probleme in der Praxis der Supervision auf – bis dahin, dass vor der Möglichkeit einer „gefährlichen Supervision“ gewarnt wurde.⁹⁴ In den Studien (*Siegele 2014, Collenberg und Petzold 2016, Ehrhard und Petzold 2011*, zit. aus *Petzold, H.G., 2020*) fühlten sich zwischen 4 und 18% der SupervisandInnen von der Supervision beschädigt.⁹⁵ Deshalb muss „Transversale Empathie“ in den supervisorischen Basiskanon, da die differenziellen Empathieprozesse bedeutsam für die Wirksamkeit einer Supervision - aber auch immanent für die Würde und Unversehrtheit der SupervisandInnen sind.

6.3. Phänomen der transgredierenden Resonanz

In der Supervision geht es nicht nur darum, in empathischer Resonanz mit dem SupervisandIn zu stehen, sondern auch zu dessen Klienten! In der integrativen Supervision sprechen wir von transgredierender Resonanz, da das Mehrebenenmodell die unterschiedlichen Ebenen und Sichtweisen – hier auch die Ebene des Klienten – miteinschließt!⁹⁶

Allerdings weisen die o.g. Supervisionsstudien von *Petzold u.a.* auf, dass man wenig um die Wirkungen und Wirkungsweise von Supervision auf die KlientInnensysteme weiß. Die Gruppe der KlientInnen ist im Bereich der Supervision „in unverständlicher und inakzeptabler Weise unberücksichtigt bzw. ausgegrenzt“, so *H.G. Petzold 2020* in seinen Nachgedanken zum Forschungsbericht.⁹⁷ Denn es sind gerade die Ko-respondenzprozesse, kritischen Diskurse und Konsens-Dissens-Prozesse auf der Grundlage der integrativen Grundposition und Theorie der „weiterführenden Kritik“ (*Petzold 2014a*), die eine Supervision fruchtbar machen. Aus diesem Grunde ist es unabdingbar, KlientInnen in der Supervision „sichtbar“ werden zu lassen. Gerade der KlientIn mit einer Doppeldiagnose ist als Experte seiner Selbst zu verstehen und möchte in seiner Integrität und Würde wahrgenommen werden. Warum also nicht einmal, eine

94 *Ehrhardt, J., Petzold, H.G. (2011):* Wenn Supervisionen schaden – explorative Untersuchungen im Dunkelfeld „riskanter Supervision“. *Integrative Therapie* 1-2, 137-192. Auch in: Jg. 03/2014 SUPERVISION- <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/03-2014-ehrhadt-j-petzold-h-wenn-supervisionen-schaden-explorative-untersuchungen-im.html>

95 Vgl.: *Petzold, H.G. (2020):* Nachgedanken zum Forschungsbericht. In: *Schigl, B., Höfner, C., Artner, N., Eichinger, K., Hoch, C., Petzold, H.G.:* Supervision auf dem Prüfstand. Wiesbaden. Springer. 2. Aufl. 2020. S. 253

96 Vgl.: a.a.O., S. 254

97 Vgl.: a.a.O., S. 220, 221

Supervision mit dem Klienten avisieren und mit seinem Einverständnis auch in die Tat umsetzen?

Peter Schay et al. (2006) untersuchte die Wirksamkeit von Supervision auf der PatientInnenebene in Rehabilitationseinrichtungen für Drogenabhängige (zit. aus *Petzold, H.G.*, 2020). Die Untersuchung zeigte auf, dass zwar inhaltlich die Supervision auf die PatientInnen ausgerichtet war, jedoch diese nicht in den Supervisionsprozess eingebunden worden sind.⁹⁸ Es gab keine Kommunikation zwischen TherapeutInnen und PatientInnen über Inhalt und Ergebnis der Supervision.⁹⁹ Das Weiterwirken zu den PatientInnen konnte somit nicht nachgewiesen werden, da diese Ebene nicht einbezogen worden ist und in der Folge Interventionen und deren Wirksamkeit auf die Behandlungsziele nicht nachgewiesen werden konnten. Die Autoren dieser Studie plädierten dafür, die KlientInnen aktiv in den Supervisionsprozess einzubeziehen! Durch das Einbeziehen können Ressourcen und Potenziale des Klienten differenzierter wahrgenommen, erfasst, verstanden und erklärt werden! Hinzu kommt, dass die Supervisionsergebnisse durchaus im Sinne eines Prozesses gegenüber dem Klienten transparent gemacht werden sollten. Der gemeinsame Prozess wird dann nachvollziehbarer und klarer und kann für die weitere Entwicklung von Nutzen sein.¹⁰⁰

Im Blick auf KlientInnen mit einer Doppeldiagnose kann dies ein wichtiger Schritt sein, um einen Supervisionsprozess effektiver und wirksamer zu gestalten. Der Klient wird als „Experte seiner Selbst“ wahrgenommen und in respektvoller Weise in den Begleitungsprozess miteinbezogen. SupervisandIn und KlientIn können voneinander lernen und in diesem gemeinsamen Lernprozess können durch

98 Vgl.: *Collenberg, A., Petzold, H.G.* (2016): Wirkung von Supervision in der Suchtarbeit. Eine Bestandsaufnahme zur Situation in der deutschsprachigen Schweiz – verbunden mit Überlegungen zur „prekären Qualität“ von Supervision. *Supervision* 5/2017; <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/05-2017-collenberg-a-petzold-h-supervision-in-der-suchtarbeit-bestandsaufnahme-schweiz.html> 2016

99 Vgl.: *Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F.* (1996): Geht es nur um Schweigepflicht oder um praktische Ethik? Eine Stellungnahme und empirische Erkundung zur Weitergabe von Geheimnissen und zur Anonymisierung in der Supervision. *Organisationsberatung Supervision Clinical Management (OSC)* 3, 277-288. Erw. in *Familiendynamik* 3 (1997) 289-311 und *Petzold* 1998a, 191-211 und 2007a. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/01-2018-petzold-h-g-rodriguez-petzold-f-1996-anonymisierung-schweigepflicht-ethisches.html>

100 Vgl.: *Schigl, B., Höfner, C., Artner, N., Eichinger, E., Hoch, C., Petzold, H.G.* (2020): Ergebnisse der qualitativ-inhaltlichen Analyse. In: *Schigl, B., Höfner, C., Artner, N., Eichinger, K., Hoch, C., Petzold, H.G.*: *Supervision auf dem Prüfstand*. Wiesbaden. Springer. 2. Aufl. 2020, S. 111

diskursive Prozesse und transversale Empathie neue, emergierende Lösungen gefunden werden.

Ebenso und weiterführend ist es möglich, durch kreative Medien oder weiteren bewährten Interventionen wie z.B. Elemente aus dem Psychodrama, Arbeiten mit Symbolen oder Karten und Stuhlarbeit im Sinne eines Rollengesprächs die „Sichtbarkeit des Klienten“ mehr in den Fokus zu rücken. Aber das Thema bleibt: wichtige Faktoren für die Wirksamkeit von Supervision ist der Ansatz der intersubjektiven Ko-Respondenz (Konsens-Dissens-Prozesse aus der Position der Mehrperspektivität), transversale Empathie aller Beteiligten gegenüber mit dem Wissen der Notwendigkeit einer sich ergebenden multiplen Relationalität.

6.4. Fachlichkeit und Feldkompetenz

Supervision findet in der Regel in Feldern statt: Psychiatrie, Suchthilfe stationär-ambulant, Heimwesen, Eingliederungshilfe ambulant-stationär u.v.m. Diese Feldbedingungen weisen Besonderheiten auf, die Fachwissen und Kompetenz u.a. auch Berufserfahrung in diesen „Feldern“ erfordern. Der oder die SupervisorIn benötigt also Feldkompetenz, um die spezifischen Strukturmerkmale, deren gesellschaftliche Bedeutung, Besonderheiten des Klientels, deren Ressourcenlagen und spezifischen Einflussfaktoren zu verstehen und zu erklären um in eine interventive Umsetzung innerhalb des supervisorischen Prozesses zu gelangen. Die spezifischen komplexen Situationen müssen erfasst werden, damit es im Sinne der hermeneutischen Spirale zu einem Prozess des Erkenntnisgewinns kommt und neue Handlungsstrategien sowohl auf SupervisandInnenebene als auch auf der Ebene der Supervisorin gefunden werden. In den 15 verwandten Variablen/Faktoren des Integrativen Supervisionsansatzes ist die Feldvariable (the field – context factor) ein wichtiger Aspekt für supervisorisches Handeln. Ohne fundierte „Feldkompetenz“ des Supervisors oder der Supervisorin könne keine seriöse Supervision erfolgen, so *H.G. Petzold*.¹⁰¹

In einer Schweizer explorativen prospektiven Multicenterstudie von *Gottfried et al.* (2003), wurde die Supervision in der Psychiatrie erforscht (zit. aus *Petzold, H.G., 1998a*). Eine weiterführende Gesamtstudie aus dem Jahre 2012 im europäischen

101 Vgl.: *Petzold, H.G.* (1998a): *Integrative Supervision*, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl. 2007., S. 33

Raum bezog sich auf die protektiven und schädigenden Faktoren von Supervision auf SupervisandInnen und deren KlientInnen. 29% der befragten Personen erkannten für sich einen hohen Nutzen von Supervision, 47% einen mittleren, 18% einen geringen Nutzen und 6% gar keinen Nutzen von Supervision! 5% der befragten Personen konnten sogar in die Kategorie von malignen, schädigenden Erfahrungen eingeordnet werden. Es wurde deutlich, dass die Erwartungen an SupervisorInnen hoch sind: Fachlichkeit und Feldkompetenz sowie feldorientierte Spezialisierungen wurden verlangt, neben sozialer und persönlicher Kompetenz, gute Ausbildungen und eine mehrperspektivischen Sichtweise.¹⁰² In den Nachgedanken der vorliegenden Studie SAP 2 bemerkt *H.G. Petzold* kritisch, dass die Entwicklung allgemeinsupervisorischer Kompetenz und Performanz verbessert werden muss. Es geht also auch um die Vermittlung aktuellen psychosozialen Wissens - aber auch um das methodisch-interventive Können, welches einfach „besser werden muss“. Das bedeutet aber auch, dass das spezifische, aktuelle Wissen der speziellen „Felder“ vorhanden sein und im supervisorischen Prozess angewandt werden muss. Eine Erhöhung der Feldkompetenz ist notwendig, damit die Qualität, Angemessenheit, Effektivität, Sicherheit und Unbedenklichkeit der konkreten Interventionen durch Supervision sichergestellt ist!¹⁰³ Gerade im „Feld“ des Ambulant Betreuten Wohnens und in der Arbeit mit Menschen, welche unter einer Sucht- und psychischen Erkrankung leiden ist es von immanenter Bedeutung, dass Fachwissen vermittelt wird, so wie in Kapitel 2 aufgeführt. Im supervisorischen Prozess mit den SupervisandInnen sollte dies nicht nur auf kognitiver Ebene geschehen, sondern im Sinne des integrativen Leibkonzeptes auch auf der emotionalen Ebene. Hierbei sind die kreativen Methoden der integrativen Supervision, sowie Stuhlarbeit als weiteres Supervisions-Tool oder auch Psychodramaelemente nach *J.L. Moreno* bewährte geeignete Interventionen.

6.5. Die supervisorische Beziehung

Die Supervisionsstudie SAP 2 zeigt auf, dass eine ausschlaggebende Komponente für wirksame Supervision die supervisorische Beziehung ist. Sie hat einen großen Einfluss auf die berufliche Entwicklung und Aspekte wie Selbstermächtigung durch

102 Vgl.: *Schigl, B., Höfner, C., Artner, N., Eichinger, K., Hoch, C., Petzold, H.G.* (2020): Ergebnisse der qualitativ-inhaltlichen Analyse. In: *Schigl, B., Höfner, C., Artner, N., Eichinger, K., Hoch, C., Petzold, H.G.*: Supervision auf dem Prüfstand. Wiesbaden. Springer. 2. Aufl. 2020, S. 79

103 a.a.O., S. 234, 235

Ermutigung und Erleichterung wirken sich positiv auf den Prozess zwischen SupervisorIn und SupervisandInnen aus. Eigene Ideen einbringen können und das zur Verfügung gestellte klinische Wissen aber auch positives und herausforderndes Feedback wurden ebenso als nützlich für die berufliche Entwicklung im Praxisalltag eingestuft. Das zeichnet – mit vielen weiteren Komponenten - gute Supervision aus. Nach den Ergebnissen dieser Studie sollten effektive SupervisorInnen eine starke Arbeitsbeziehung entwickeln. Gemeinsame Ziele und Aufgaben sollten entwickelt, geklärt und konkretisiert werden – u.a. auch vor Beginn einer möglichen „Themenarbeit oder Prozessbesprechung“. Als SupervisorIn sind beraterische Kompetenzen wie aktives Zuhören, Spiegeln der Gefühle und selektive Öffnung wirksam und somit wichtig für einen erfolgreichen supervisorischen Prozess. Weiterhin ist es wichtig, die SupervisandInnen mit ihren Bedürfnissen im Blick zu behalten und eine gute Balance zwischen Arbeiten an den Aufgaben, Struktur geben und Einbindung kollegialer Interaktionen gepaart mit Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten.

Es ist häufig ein Ausbalancieren zwischen der individuellen und Gruppensupervision.¹⁰⁴

Bedeutsam ist auch der evaluative Aspekt in Form von „Feedback“ der SupervisandInnen. Und auch hier zeigt sich ein weiterer interessanter Aspekt: wesentliche Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Supervision sind Konfliktoffenheit, Entwicklungsorientiertheit und Interaktions- und Lernbereitschaft des Supervisors. Dies wurde bereits durch die Forschung von *Marx L. Nelson et al.* 2008 belegt (zit. aus *Schigl, Höfner, Artner, Eichinger, Hoch, Petzold* 2020), der den Konflikt als Element der Supervision zum Gegenstand seiner Untersuchungen machte.¹⁰⁵

Konfliktoffenheit und Klärung im Diskurs mit den Supervidierenden sind wichtige Elemente zum Aufbau einer tragfähigen supervisorischen Arbeitsbeziehung. Die Vertrauenswürdigkeit und die Attraktivität werden hierdurch gefördert.¹⁰⁶

104 a.a.O., S. 122
105 a.a.O., S. 115
106 a.a.O., S. 122

Der Aspekt der Atmosphäre wird von SupervisorInnen und SupervisandInnen als sehr wichtig angesehen. „Die Chemie muss stimmen“ zwischen SupervisorInnen und SupervisandInnen. Wenn dem so ist, wenn dies die soziale Repräsentation darstellt, ist die Atmosphäre von Verbundenheit gekennzeichnet, von „randlos in den Raum gegossenen ergreifenden Gefühlsmächten“ sprich Atmosphären (Vgl. Leibtheoretiker und Phänomenologe *Hermann Schmitz* 1989, zit. aus *Edlhaimb-Hrubec*, 2006), die spürbar wird. Beziehung wird spürbar zwischen Gefühlen und räumlichen Atmosphären! Und diese spontane Verbundenheit zwischen SupervisorIn und SupervisandInnen manifestiert sich auch biophysiological und intersubjektiv. „Ich kann die SupervisorIn gut leiden, ich finde sie nett“, so vielleicht einige Aspekte in der Bewertung der SupervisorIn und wir wissen heute, dass wir Menschen Rezeptoren für Pheromone¹⁰⁷ besitzen und diese eine Bedeutung zur Informationsübertragung zwischen Individuen haben. Sie werden unbewusst wahrgenommen und sie greifen unmittelbar modulierend in das Hormonsystem ein, haben aber auch Einfluss auf Sympathie und Antipathie gegenüber einem Menschen. In einer empirischen Studie aus dem Jahre 2005 von *Christiana Maria Edlhaimb-Hrubec* wird die Frage nach „den Supervisor zu mögen“ von den SupervisandInnen als „sehr wichtig“ und „wichtig“ eingeschätzt.¹⁰⁸ Geht man konsequent im Prozess der Supervision an der Entwicklungslinie des Relationalitätsmodells nach dem Integrativen Ansatz vor, beinhaltet die supervisorische Beziehung zunächst Formen des Kontakts, der Begegnung, später folgt die Beziehung und danach möglicherweise eine Bindung. Dies sind Aspekte im supervisorischen Beziehungsgeschehen, die nicht außer Acht gelassen werden dürfen und eine kontinuierliche Reflexion brauchen. Ist eine Beziehung oder auch Bindung zur SupervisorIn entstanden, ist auch das Thema „Abschied und Ende“ einer Arbeitsbeziehung im Sinne eines „konvisionären Sehens“ unbedingter Bestandteil eines Supervisionsprozesses, der gemeinsam geplant und mit den SupervisandInnen in Ko-respondenzprozessen bearbeitet werden sollte.¹⁰⁹

107 Pheromon: Kofferwort, altgriechisch: kommt von ‚tragen‘ und Hormon. Botenstoff der zur Informationsübertragung zwischen Individuen innerhalb einer Art dient.

Vgl.: <https://de.wikipedia.org/wiki/Pheromon>

108 Vgl. *Edlhaimb-Hrubec Christiana Maria* (2006): Die „Supervisorische Beziehung“ Theoriekonzepte und soziale Repräsentation im Lehrsupervisoren-, Supervisoren- und Supervisandensystem - im Fokus der Integrativen Supervision. <https://www.fpi-publikation.de/supervision/02-2006-edlhaimb-hrubec-christiana-maria-die-supervisorische-beziehung/>

109 ebenda

Letztendlich sind diese Entscheidungen im Sinne des „Dreieckbündnisses“ zwischen Auftraggeber, SupervisandInnen und SupervisorIn zu fällen. Dem Aspekt der Bindung wird nach der bereits erwähnten Studie seitens des SupervisorInnensystems und des SupervisandInnensystems keine Beachtung geschenkt. **Beziehung** steht bei der Auswertung der Befragungen in beiden Systemen im Fokus. Die Beziehungsgestaltung wird in beiden Systemen als sehr hoch eingeschätzt und mit „sehr wichtig“ bis „wichtig“ bewertet, wobei die Tendenz besteht, dass dies für einige TeilnehmerInnen der Supervision nicht von Bedeutung ist. Der Erstkontakt und die ersten Supervisionsstunden sind häufig ausschlaggebend für die weitere Qualität der Arbeitsbeziehung. So ist der „erste Eindruck“ gemessen an Sprache, Auftreten, Blickkontakt von größerer Bedeutung – und dies grundsätzlich gesehen (mit leichten Unterschieden) auf beiden Systemebenen. Eine gute Atmosphäre, welche von SupervisorInnen und SupervisandInnen als annähernd gleich „wichtig“ oder „sehr wichtig“ angesehen wird¹¹⁰, prägt meines Erachtens nach die Gesprächsdynamik und das weitere Wohlbefinden. Auf dieser Grundlage ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und auch das Bearbeiten von Konflikten möglich – immer mit dem Handlungsparadigma der Notwendigkeit von Wertschätzung und Sicherstellung der Integrität des Anderen!

110 ebenda

7. Fazit

Ob Menschen mit einer Doppeldiagnose zu „Systemsprengern“ werden hängt weitgehend davon ab, ob strukturelle Separierungen überwunden werden können und entsprechende Angebote vorhanden sind. Dies muss jedoch auch auf den verschiedensten Ebenen gewollt sein. Eine Weiterentwicklung des psychosozialen Netzwerksystems ist notwendig, damit Menschen mit einer DD aufgefangen werden können und nicht nur im „Behördenschwungel“ verwaltet oder im klinischen Setting verwahrt werden. Schließlich sind diese Menschen nicht nur „Fälle“ - sondern Menschen mit einem Anrecht auf Würde und Integration!

„Menschen sind keine Fälle“ und wo sie es sind oder zu solchen gemacht werden, tritt Inhumanität ein! ¹¹¹

Sicherlich geht es im Sinne des reflexiven Managements auch darum, in Organisationen mittlere und höhere Leitungsebenen miteinzubeziehen, damit ein Umdenken angeregt werden kann. Dies gilt insbesondere in der Integrativen Supervision, denn der institutionelle Kontext ist Teil des Mehrebenenmodells der Supervision (*Petzold et al. 2001, zit. aus Schigl, Höfner, Artner, Eichinger, Hoch, Petzold, 2020*). Er beinhaltet das AuftraggeberInnensystem repräsentiert durch Wohlfahrtsverbände, öffentlicher Dienst, Firmen, Institutionen in denen sich die SupervisandInnen und SupervisorInnen bewegen.¹¹² Diese Ebene darf nicht unberücksichtigt bleiben, will man doch diskursive Prozesse anregen und Veränderung bewirken. Es können hierdurch ko-kreative Prozesse „fundierter Kollegialität“ entstehen, die für die Unternehmenskultur aber auch für die Unternehmensperformanz von großer Bedeutung sind. Fundierte Kollegialität fördert Arbeitszufriedenheit und verbessert auch die Qualität der Arbeit vor Ort!

111 Vgl.: *Petzold, H.G. (2016h): Menschen sind keine „Fälle“ – prekäre Implikationen für den systemischen Diskurs. In: <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-hilarion-g-2016h-menschen-sind-keine-faelle-prekaere-implikationen-fuer-den/>*

112 Vgl.: *Petzold, H.G. (2020): Nachgedanken zum Forschungsbericht. In: Schigl, B., Höfner, C., Artner, N., Eichinger, K., Hoch, C., Petzold, H.G.: Supervision auf dem Prüfstand. Wiesbaden. Springer. 2. Aufl. 2020, S. 227*

Durch die diskursiven Prozesse entwickelt sich vielleicht eine Bereitschaft zur persönlichen Auseinandersetzung mit dem Thema „Sucht und psychische Erkrankung“. Der Diskurs wäre dann geprägt durch Offenheit, Herzlichkeit und vor allen Dingen Konfliktfähigkeit.¹¹³ In der Supervision sollten die SupervisandInnen ermutigt und befähigt werden, mit Leitung und höherer Ebene das Gespräch zu suchen und zwar mit dem hierzu notwendigen Fachwissen und mit persönlicher Souveränität. Nur im Gespräch lassen sich neue Perspektiven und Notwendigkeiten entwickeln. Hierbei gilt es gezielt, die Realität des Klientels mehr in den Blick zu nehmen und einen verbesserten Umgang mit Doppeldiagnose zu finden – also auch um eine „differenzielle Kundenorientierung“. Das kann bedeuten, dass vorhandene Konzepte vielleicht nochmals neu überdacht und umgeschrieben werden müssen. Konzepte müssen an die Realitäten angepasst werden damit sie in der Praxis erfolgreich angewendet werden können. Des Weiteren kommt noch ein wirtschaftlicher Aspekt hinzu: durch Anpassung von Konzepten an die Ist-Situation des „Feldes“ sichern sich BeWo-Anbieter ihren Wettbewerbsstandort und demzufolge auch die Finanzierung. Innovative praxisorientierte Angebote verbessern die Attraktivität des jeweiligen Anbieters und wirken sich positiv auch auf die KlientInnenzufriedenheit aus – mal davon abgesehen, dass auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter durch das Einbinden und gemeinsame Entwickeln neuer innovativer Angebote steigt! In der integrativen Supervision geht es also wesentlich auch um die Förderung eines Diskurses aber auch Befähigung zu Diskursen innerhalb eines Teams. Dieser diskursive Prozess sollte jedoch auch erweitert werden mit Personen von „Außen“ - so beispielsweise mit Leitung und weiteren Entscheidungsträgern!

Eines ist auch sicher: wenn man sich auseinander-gesetzt hat, kann man auch wieder zusammen-kommen. Es geht dann vielleicht auch um Konflikte im Sinne von „zeitgleichem Aufeinandertreffen widerstreitender Kräfte von Impuls und Hemmung“¹¹⁴. Solche Konflikte sind in der Arbeitswelt und in Institutionen normal. An dieser Stelle ist das Thema Konfliktbewältigung und das Kämpfen und

113 Vgl.: *Petzold, H.G. (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting,*

Organisationsentwicklung. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl. 2007., S. 240

114 Vgl.: *Petzold, H.G. (1973): Soziodrama als Instrument kreativer Konfliktlösung.* In: https://fpi-publikation.de/downloads/?doc=supervision_petzold-1973d-soziodrama-als-instrument-kreativer-konfliktloesung-supervision-10-2018pdf.pdf

Aushandeln unterschiedlicher – auch fachlicher Positionen – immanent wichtig. Es muss in Ko-respondenz* geschehen und im Polylog in Würde und Wertschätzung dem Anderen und jedem Anderen gegenüber. Integrative Supervision kann durch Entlastung und Klärung hierbei unterstützen. Jeder Einzelne oder auch das Team kann durch den Rat oder weitere geeignete Interventionen des Supervisors darüber nachdenken und zu Entscheidungen kommen, die dann umgesetzt werden müssen¹¹⁵. Die Integrität jedes Einzelnen muss gewährleistet sein. Das ist Aufgabe Integrativer Supervision! Eine gute SupervisorIn arbeitet aus einer „engagierten Distanz“ heraus. Sie bewirkt dort am meisten, wo sie aus der Exzentrizität und aus einer Mehrperspektivität heraus arbeitet und diese bei den SupervisandInnen fördert. Effektive Supervision hat zum Ziel, dass das KlientInnensystem und das Helfersystem eine optimale Unterstützung erhalten und durch qualifizierte Fachlichkeit und „weiterführender Kritik“ Theorie und Praxeologie sich verbessern und weiter entwickeln. Weiterführende Kritik meint hierbei einen Vorgang des Reflektierens durch Beobachten und Analysieren aus der Exzentrizität und mehrperspektivischen Sichtweise mit dem Ziel, kritisierte Realitäten durch Kommunizieren und Konsens-Dissens-Prozessen im Blick auf Wertsetzungen zu optimieren und weiter zu entwickeln – und dies in respektvoller Art und Weise.¹¹⁶ Es geht also um Weiterentwicklung und um neue Lösungsansätze und um Wertschätzung von Dissens.

„Weiterführende Kritik“ zu üben kann eine Herausforderung sein. Sie ist aber erlernbar. Es gehört zu den Basiselementen wirksamer Integrativer Supervision, jeden einzelnen darin zu fördern und zu unterstützen und steht in engem Zusammenhang mit dem Konzept der persönlichen Souveränität.

Teams des ambulant betreuten Wohnens benötigen gute, wirksame Supervision!
Sie brauchen SupervisorInnen die Ahnung davon haben, was das Ambulant Betreute Wohnen beinhaltet und wie die berufliche Praxis in diesem speziellen Feld

115 Vgl.: *Petzold, H.G. (2003b): Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit.* <https://www.fpi-publikation.de/supervision/01-2003b-petzold-h-g-integrative-beratung-differenzielle-konflikttheorie/>

*Ko-respondenz meint im Integrativen Ansatz eine Form intersubjektiver Begegnung und Auseinandersetzung über z.B. eine relevante Fragestellung einer gegebenen Lebens- und Sozialwelt (*Petzold 1991*)

116 Vgl.: *Petzold, H.G. (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung.* Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl. 2007, S. 428+429

aussieht. Da die SupervisandInnen in ihrem Arbeitsfeld häufig mit komorbiden Krankheitsbildern konfrontiert sind, stellt dies für die Supervision eine besondere Herausforderung dar. Denn wir haben ja „gelernt“, dass sehr viele Menschen mit einer psychischen Erkrankung gleichzeitig auch eine Suchterkrankung aufweisen. Diese Kombination ist zwischenzeitlich eher die Regel, als die Ausnahme. Es sind andere Haltungen und ein breiteres Wissen notwendig, damit die Menschen, welche in diesem „Feld“ arbeiten, eine gute und professionelle Arbeit leisten können. Eine gute Supervision trägt hierzu bei, weil sie wirksam für die berufliche Praxis der Mitarbeitenden ist. Und genau hier muss Supervision ansetzen: Empowerment, Befähigung zur Erweiterung des professionellen Handlungsrepertoirs und Eintreten für die Bedürfnisse und Rechte des Klientels!

Integrative Supervision trägt somit im gewissen Sinne dazu bei, ob Menschen mit einer Doppeldiagnose gehalten oder im psychosozialen Netzwerk nur verwaltet werden. Letzteres muss vermieden werden, denn „Heilung“ und „Gesundheit“ geschieht nur durch affiliäre Prozesse, tragfähigen (auch professionellen) Beziehungen und im „Konvoi“.

„Die Pflichten gegenüber dem Gemeinwesen muss man unter allen Pflichten für die wichtigsten Halten, auf dass es gut gelenkt werde“ (Demokrit, Fragment 252)¹¹⁷

117 aus.: Petzold, H.G. (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl. 2007.

8. Zusammenfassung / Summary

Zusammenfassung: Menschen mit einer „Doppeldiagnose“ – gehalten oder verwaltet im psychosozialen Netzwerkssystem? Die Notwendigkeit wirksamer Supervision nach dem Integrativen Ansatz in Teams der ambulanten Eingliederungshilfe

Ausgehend von einer „Schräglage“ der Situation von Menschen mit einer „Doppeldiagnose“ geht es in dieser Arbeit um Theorien und neueren Forschungsergebnissen zur psychischen Erkrankung mit einem gleichzeitig bestehenden Substanzmissbrauch stoffgebundener und nicht-stoffgebundener Art. In der Eingliederungshilfe stellt diese Personengruppe eher die Regel, als die Ausnahme dar. Neue praxeologische Konzepte und Strukturen sind notwendig, damit diese Menschen aufgefangen werden können. Die Rolle der Supervision nach dem Integrativen Ansatz ist bedeutsam für die Praxeologie jener Menschen, die in diesem Feld arbeiten aber auch für jene Menschen, die durch die Mitarbeitenden der Eingliederungshilfe gehalten und nicht verwaltet werden wollen. Affiliation und Relationalität sind hierbei grundlegende Aspekte, die in der integrativen Supervision aber auch in der Arbeit vor Ort mit den Menschen einer Doppeldiagnose von immanenter Bedeutung sind. Diese Arbeit möchte dazu anregen, eigene Positionen neu zu überdenken und sie möchte dazu beitragen, die jeweils andere Perspektive des Anderen einzunehmen, damit Hilfe und Supervision wirksam und effektiv sein kann.

Schlüsselwörter: Komorbidität, Affiliation, Relationalität, Feldkompetenz, transgredierende Resonanz, Bundesteilhabegesetz, wirksame Supervision

Summary: „Dual diagnosis“ – held or managed in the psychosocial network system? The need for effective supervision according to the Integrative approach in teams of the ambulant integration assistance

Based on a „skewed“ situation of people with a „dual diagnosis“, this paper deals with theories and recent research findings on mental illness with a co-existing substance abuse of a substance-related and non-substance-related nature. This group of people is the rule rather than the exception in the field of integration support. New praxeological concepts and structures are necessary so that these people can be accommodated. The role of supervision according to the integrative approach is significant for the praxeology of those people who work in this field but also for those people who want to be held and not managed by the staff of the integration support. Affiliation and relationality are fundamental aspects that are of immanent importance in the integrative supervision but also in the work on site with people with a dual diagnosis. This work wants to encourage people to rethink their own positions and it wants to contribute to taking on the perspective of the other, so that help and supervision can be effective and efficient.

Keywords: comorbidity, affiliation, relationality, field competence, transgressive resonance, federal participation act, effective supervision

9. Literaturverzeichnis

Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C.: Grundbegriffe der integrativen Therapie. Wien: Facultas Universitätsverlag. 2021

Barnow, S. (2012): Emotionsregulation und Psychopathologie, In: *Psychologische Rundschau* 63 (2), Göttingen

Bundesrat (2021): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sowie zur landesrechtlichen Bestimmung der Sozialhilfe (Teilhabestärkungsgesetz). Köln. Bundesanzeiger Verlag GmbH. Drucksache 129/21

Buunk, B. (2002): Affiliation, zwischenmenschliche Anziehung und enge Beziehungen, In: *Stroebe, Jonas, Hewstone:* Sozialpsychologie. Berlin, Heidelberg, New York. Springer. 4. Aufl. 2002

Collenberg, A., Petzold, H.G. (2016): Wirkung von Supervision in der Suchtarbeit. Eine Bestandsaufnahme zur Situation in der deutschsprachigen Schweiz – verbunden mit Überlegungen zur „prekären Qualität“ von Supervision. *Supervision* 5/2017; <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/05-2017-collenberg-a-petzold-h-supervision-in-der-suchtarbeit-bestandsaufnahme-schweiz.html> 2016

Dochat, A. (2019): Das Bundesteilhabegesetz und die Rolle der Eingliederungshilfe in der Versorgung abhängigkeitskranker Menschen. Download: <https://partnerschaftlich.org/themenmagazine/2019-03/das-bundesteilhabegesetz-und-die-rolle-der-eingliederungshilfe-in-der-versorgung-abhaengigkeitskranker-menschen.html>

Dürsteler, K., Wiesbeck, G. (2019): Therapeutische Grundprinzipien bei Doppeldiagnosen. In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.:* Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart. Kohlhammer. 2. Aufl. 2019

Edlhaimb-Hrubec, Christiana Maria (2006): Die „Supervisorische Beziehung“. Theoriekonzepte und soziale Repräsentation im Lehrsupervisoren-, Supervisoren- und Supervisandensystem – im Fokus der Integrativen Supervision. <https://www.fpi-publikation.de/supervision/02-2006-edlhaimb-hrubec-christiana-maria-die-supervisorische-beziehung/>

Ehrhardt, J., Petzold, H.G. (2011): Wenn Supervisionen schaden – explorative Untersuchungen im Dunkelfeld „riskanter Supervision“ *Integrative Therapie* 1-2,

137-192. Auch in: Jg. 03/2014 SUPERVISION – <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/03-2014-ehrhardt-j-petzold-h-wenn-supervisionen-schaden-explorative-untersuchungen-im.html>

Franke, A., Elsesser, K., Gritzler, F. (1998): Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen. Eine salutogenetische Verlaufsstudie. Cloppenburg. Runge Verlag. 1. Aufl. 1998

Galas, M. (2013): Die 14 Heil- und Wirkfaktoren des Integrativen Ansatzes in der Supervision. Jg.: 06/2013: <https://www.fpi-publikation.de/supervision/06-2013-galas-marcus-die-14-heil-und-wirkfaktoren-des-integrativen-ansatzes-in-der-supervision/>

Gouzoulis-Mayfrank, E. (2019): *Psychische Störungen und komorbide Suchterkrankungen*, In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.*: Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Kohlhammer. 2. Aufl. 2019

Gouzoulis-Mayfrank, König, S., Koebbke, S., Schnell, Th., Schmitz-Buhl, M., Daumann, J. (2015): Sektorübergreifende, integrative Therapie bei Psychose und Sucht. In: Deutsches Ärzteblatt, J. 112, Heft 41, 09.10.2015

Grundmann, J., Schäfer, I. (2019): Posttraumatische Belastungsstörung und komorbide Suchterkrankungen, In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.*: Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart. Kohlhammer. 2. Aufl. 2019

Gunderson, J. (2005): Borderline. Bern. Huber, Hogrefe

Hoch, E., Preuss, U. (2019): Cannabis, Cannabinoide und Cannabisstörungen, In: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0847-9296.pdf>

Kienast, Th. (2014): Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbide Abhängigkeitserkrankung, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/159051/Borderline-Persönlichkeitsstörung-und-komorbide-Abhängigkeitserkrankungen>

Klos, Hartmut (2010): „Identität im Wandel“ – Zur Bedeutung der Identitätstheorie der Integrativen Therapie für die Behandlung und das Rückfallgeschehen von drogenabhängigen Menschen. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. <https://fpi-publikation.de/polyloge/08-2010-kos-hartmut-identitaet-im-wandel-zur-bedeutung-der-identitaets-theorie/>

Leitner, A. (2009): Von der Compliance zur Adherence, von Informed Consent zu respektvollem informed decision making. *Integrative Therapie* 35 (1), 71-87.
https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=integrative-therapie_it-2009-1-managing-differences-die-kunst-die-vielfalt-zu-nutzen.pdf

Moggi, F. (2019): Theoretische Modelle zur Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.*: Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart. Kohlhammer. 2. Aufl. 2019

Mohr, A. (2001): Sozialwissenschaftliches Wörterbuch. Berlin. De Gruyter Oldenbourg. 2001

Petzold, H.G. (1973): Soziodrama als Instrument kreativer Konfliktlösung. In:
https://fpi-publikation.de/downloads/?doc=supervision_petzold-1973d-soziodrama-als-instrument-kreativer-konfliktloesung-supervision-10-2018pdf.pdf

Petzold (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Paderborn: Junfermann Verlag. 3. Auflage 1996. In:
<https://fpi-publikation.de/downloads/?doc=Petzold-1988n3-Integrative-Bewegungs-und-Leibtherapie-Bd-1-2.pdf>

Petzold, H.G. (1990i): Selbsthilfe und Professionelle - Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem "erweiterten Gesundheitsbegriff", Vortrag auf der Arbeitstagung "Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe", 8.-10. Juni 1990, Dokumentation, Düsseldorf, auch in: *Petzold, H.G., Schobert, R.*, 1991. Selbsthilfe und Psychosomatik, Paderborn: Junfermann. S. 17-28 <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-schobert-r-schulz-a-1991-anleitung-zu-wechselseitiger-hilfe-die.html>

Petzold, H.G.(1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie, Paderborn: Junfermann, Überarbeitete Neuauflage (2003a).

Petzold, H.G. (1994a/2007a): Mehrperspektivität - ein Metakonzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision, *Gestalt und Integration* 2, 225-297 und in: *Petzold, H.G.* (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Paderborn: Junfermann. S. 97-174; 2. erw. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2007a, S. 88 -147. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=supervision_petzold-1994a-2018-mehrperspektivitaet-ein-metakonzept-fuer-modellpluralitaet-supervision-13-2018.pdf

Petzold, H.G. (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Paderborn: Junfermann. 2. erw. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2007a. Norweg. Übers. (2008): Integrativ supervisjon og organisasjonsutvikling -filosofiske- og sosialvitenskapelige perspektiver. Oslo: Conflux.

Petzold, H.G. (2000): der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie. Amsterdam/Düsseldorf/Krems, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/07-2002-petzold-h-g-der-informierte-leib/>

Petzold, H.G. (2003b): Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“. In: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. <https://www.fpi-publikation.de/supervision/01-2003-2003b-petzold-h-g-integrative-beratung-differentielle-konflikttheorie/>

Petzold, H.G. (2003e): „Menschenbild und Praxeologie“. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsforschung“ (1972-2002) – Teil I bis III. POLYLOGE 6/2003, <https://fpi-publikation.de/polyloge/06-2003-petzold-h-g-2003e-menschenbild-und-praxeologie-30-jahre-theorie-und-praxis/>

Petzold, H.G. (2005p): „Vernetzendes Denken“ Die Bedeutung der Philosophie des Differenz- und Integrationsdenkens für die Integrative Therapie und ihre transversale Hermeneutik. In memoriam Paul Ricœur 27. 2. 1913 - 20. 5. 2005 - Integrative Therapie 4 (2005) 398-412, in: Psychotherapie Forum 14 (2006) 108-111 und erw. in: Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): 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. S. 273-295. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-10-2013-hilarion-g-petzold-2005p.html>

Petzold, HG. (2006k/2011): Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“. Menschenbild und Praxeologie (erg. Updating von 2003e). Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Neueinstellung 2011: POLYLOGE 2/2011; <https://fpi-publikation.de/polyloge/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u/>

Petzold, H.G. (2009b): Stigma – die dunkle Seite der Identität. Vortrag auf der Tagung: Identität in Beratung und Therapie, 05.06.2009. Donau Universität Krems. <https://fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009b-stigma-die-dunkle-seite-der-identitaet.html>

Petzold, H.G. (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.FPI-Publikation.de/matrialien.html-POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Erw. in Petzold, H.G. (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2020-petzold-hilarion-g-2012q-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit-die-integrative-identitaets-theorie-als-grundlage-fuer-eine-entwicklungspsychologisch-und/>

Petzold, H. G. (2014a): Wissenschaftliche Gesamtbibliographie Hilarion G. Petzold 1958 - 2013. POLYLOGE 1/2014. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2014-petzold-h-g-2014-wissenschaftliche-gesamtbibliographie-1958-2014.html>

Petzold, H.G. (2016h): Menschen sind keine „Fälle“ –prekäre Implikationen für den systemischen Diskurs. In: <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-hilarion-g-2016h-menschen-sind-keine-faelle-prekaere-implikationen-fuer-den/>

*Petzold, H.G. (2016j): Intersubjektive Hermeneutik und Metahermeneutik und die „komplexe Achtsamkeit“ der Integrativen Therapie. Bei *Petzold*; Textarchiv 2016. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2016j-intersubjektive-hermeneutik-metahermeneutik-komplexe-achtsamkeit-integrative-therapie.pdf*

Petzold H. G. (2017f): Intersubjektive, „konnektivierende Hermeneutik“, Transversale Metahermeneutik, „multiple Resonanzen“ und die „komplexe Achtsamkeit“ der Integrativen Therapie und Kulturarbeit. POLYLOGE 19/2017. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/19-2017-petzold-h-g-2017f-intersubjektive-konnektivierende-hermeneutik-transversale.html>

Petzold, H.G. (2020): Nachgedanken zum Forschungsbericht. In: Schigl, G., Höfner, C., Artner, N., Eichinger, K., Hoch, C., Petzold, H.G.: Supervision auf dem Prüfstand. Wiesbaden. Springer. 2. Aufl. 2020

Petzold, H.G., Beek, Y. van, Hoek, A.-M. van der (1994/2016): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2.: Paderborn: Junfermann, 491-646. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-beek-hoek-1994a-grundlagen-intime-kommunikation-intuitive-parenting-polyloge-02-2016.pdf>

Petzold, H.G., Ebert, W., Sieper, J. (1999/2001/2011): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ - transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Erw. und überarbeitet 2001. In: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 01/2001, Neueinstellung mit Vorwort: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-ebert-sieper-1999-2001-update-2010-beitraege-zur-feldentwicklung-im-feld-der-supervision.html>

Petzold, H.G., Josic, Z., Erhardt, J. (2006): Integrative Familientherapie als „Netzwerkintervention“ bei Traumabelastungen und Suchtproblemen, In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.: Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften. 1. Aufl. 2006

Petzold, H.G., Mathias-Wiedemann, U. (2019a/2020): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ und „zwischenleiblicher Mutualität“ als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Theorie und Supervision. POLYLOGE 13/20, <https://www.fpi-publikation.de/gruene-texte/13-20-petzold-h-g-mathias-u-2019a-das-integrative-modell-komplexer-wechselseitiger-empathie-und-zwischenleiblicher-mutualitaet-als/>

Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007): Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für Integrative Supervision und Therapie. Düsseldorf/Hückeswagen, bei <https://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet/>

Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F. (1996): Geht es nur um Schweigepflicht oder um praktische Ethik? Eine Stellungnahme und empirische Erkundung zur Weitergabe von Geheimnissen und zur Anonymisierung in der Supervision. Organisationsberatung Supervision Clinical Management (OSC) 3, 277-288. Erw. in Familiendynamik 3 (1997) 289-311 und Petzold 1998a, 191-211 und 2007a. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/01-2018-petzold-h-g-rodriguez-petzold-f-1996-anonymisierung-schweigepflicht-ethisches.html>

Petzold, H.G., Sieper, J. (2008a): Integrative Willenstherapie. Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In: Petzold, H.G., Sieper, J. bei Petzold; Textarchiv 2008. https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzoldh-g-sieper-johanna-2008-integrative-willenstherapie/teil_2

Renfordt, H., Mathias-Wiedemann, U., Petzold, H.G. (2021): Wahrnehmungsereignis Emotion. Ihre Bedeutung für die Supervision nach dem Integrativen Ansatz. <https://www.fpi-publikation.de/supervision/06-2021-renfordt-h-mathias-u-petzold-h-g-wahrnehmungsereignis-emotion-ihre-bedeutung-fuer-die-supervision-nach-dem-integrativen-ansatz/>

Sachse, R., Kiszkenow-Bäker, S. (2020): Komorbiditäten bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen. Hogrefe. 1. Aufl. 2020

Schigl, B., Höfner, C., Artner, N., Eichinger, E., Hoch, C., Petzold, H.G. (2020): Ergebnisse der qualitativ-inhaltlichen Analyse. In: *Schigl, B., Höfner, C., Artner, N., Eichinger, K., Hoch, C., Petzold, H.G.:* Supervision auf dem Prüfstand. Wiesbaden. Springer. 2. Aufl. 2020

Schnell, T. (2014): Komorbidität Psychose und Sucht: Ein Überblick. https://www.lwl.org/ds-download/fwb/11_2014_JTG-Schnell.abstract.pdf

Stadtler, Ch., Hofeker-Fallahpour, M., Stieglitz, R.D. (2019): ADHS und komorbide Suchterkrankungen, In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.:* Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart. Kohlhammer. 2. Aufl. 2019

Stefan, R. (2020): Zukunftsentwürfe des Leibes. Grundlagen, Theorien und Begriffe der Integrativen Therapie und deren Bezugspunkte zu den Grundlagenwissenschaften. Wiesbaden. Springer. 2020

Stieglitz, R.D. (2019): Psychiatrische Klassifikationssysteme und Komorbidität, In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.:* Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart. Kohlhammer. 2. Aufl. 2019

Walter, M. (2019): Persönlichkeitsstörungen und komorbide Suchterkrankungen. In: *Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E.:* Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Kohlhammer. 2. Aufl. 2019

Zanarini, M. (2018): In the Fullness of Time: Recovery from Borderline Personality Disorder. Oxford, New York. Oxford University Press

<https://de.wikipedia.org/wiki/ICD-11>

<https://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-s/synthetische-cannabinoide/>

<https://gedankenwelt.de/das-transtheoretische-modell-der-veraenderung-von-prochaska-und-diclemente/>

https://betanet.de/bundesteilhabegesetz.html?b=soziales_recht?pdf=1420

<https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/w/files/umsetzungsstand/information-zur-arbeit-der-ag-leistungsberechtigter-personenkreis.pdf>

https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Bundesteilhabegesetz/doc/Arbeitspapier_AG_Leistungsberechtigter_Personenkreis_in_der_Eingliederun.pdf

<https://dwds.de/wb/Betreuung>

<https://de.wikipedia.org/wiki/Stigmatisierung>

https://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/aktuelles/Memorandum_Stigmatisierung.pdf

<https://www1.wdr.de/stichtag/stichtag-bundessozialgericht-alkoholismus-krankheit-erkennung-100.html>

<https://langenscheidt.com/englisch-deutsch/compliance>

<https://de.wikipedia.org/wiki/Alkoholabhaengigkeit>

<https://krebs-rat-hilfe.de/lungenkrebs-genetische-risiken-und-einfluesse/>

<https://www.managedhealthcareexecutive.com/view/dismantling-stigmas-how-to-stop-the-blame-game-and-get-patients-the-care-they-need>

<https://www.kevinmd.com/2013/02/stop-blaming-patients-stay-healthy-html>

https://en.wikipedia.org/wiki/Social_stigma

<https://de.wikipedia.org/wiki/Pheromon>

