

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten und mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikationen).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst.

Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben.

Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 15. März 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



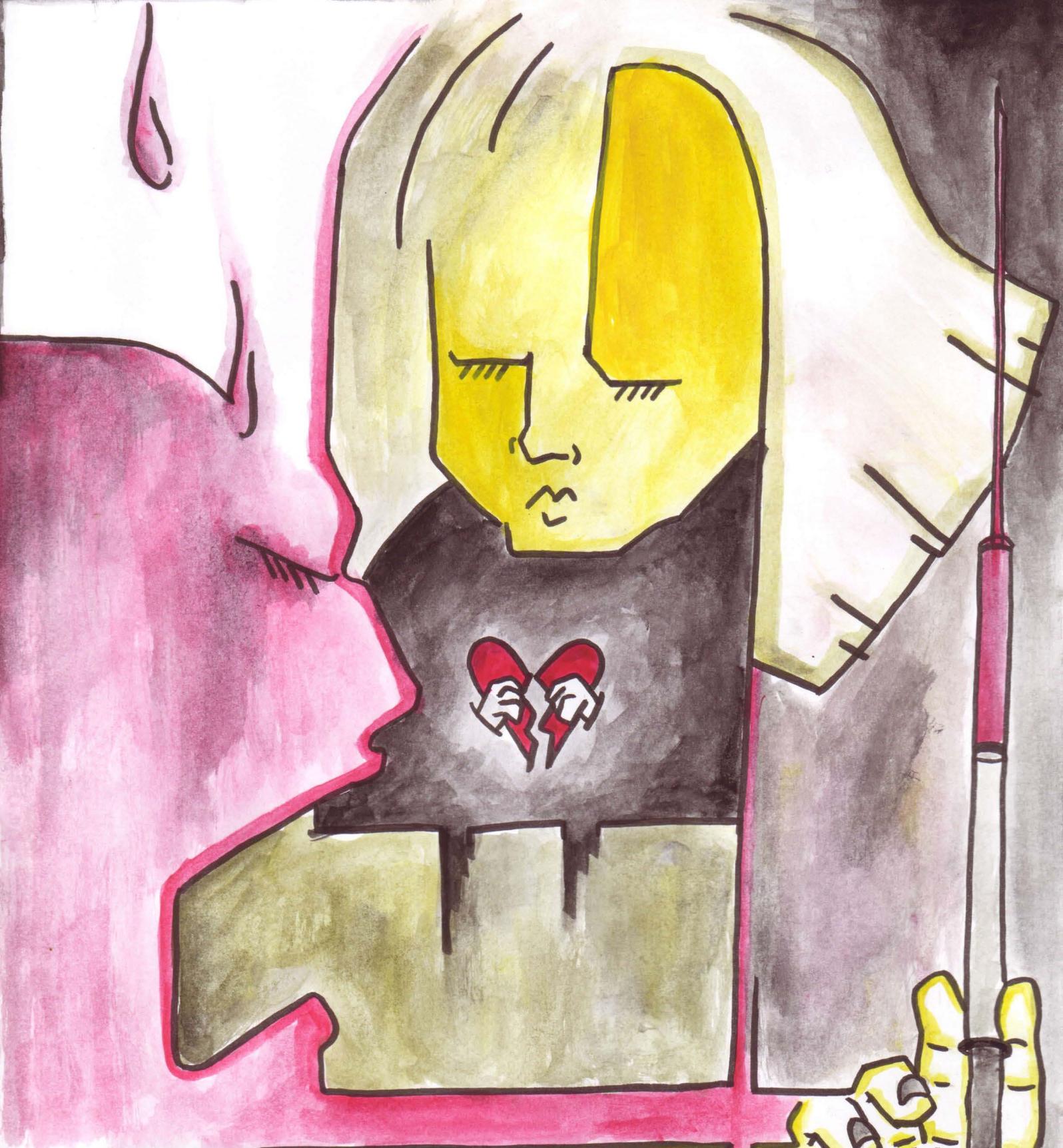
Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die HSLU SA das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der /die Studierende/r Rechtsinhaber.

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!



Trauer im Drogenrausch

Trauerarbeit bei opioidabhängigen Menschen
in der Langzeitberatung

Rahel Herzog & Martina Zeder

Bachelorarbeit der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit



Bachelorarbeit

Ausbildungsgang Sozialarbeit

Kurs VZ 2006-2009

Rahel Herzog & Martina Zeder

Trauer im Drogenrausch

Trauerarbeit bei opioidabhängigen Menschen in der Langzeitberatung

Diese Bachelorarbeit wurde eingereicht im August 2009 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Sozialarbeit.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme der Autorinnen.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelorarbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelorarbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelorarbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2009

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

„Trauer im Drogenrausch - Trauerarbeit bei opioidabhängigen Menschen in der Langzeitberatung“ setzt sich mit opioidabhängigen Menschen auseinander, die mit dem Tod eines nahen Menschen konfrontiert werden und hat zum Ziel, Professionellen der Sozialen Arbeit anhand des Problemlösungsprozesses konkrete Beratungsansätze zu diesem Thema im Kontext der Langzeitberatung zu geben. Die vorliegende Bachelorarbeit, die im Rahmen des Studiums der Sozialarbeit an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit erstellt wurde, zeigt unter Einbezug diagnostischer Kriterien und Erklärungsmodellen das Wesen und die Auswirkungen der Opioidabhängigkeit auf und setzen diese mit Hilfe des Lebenslagenkonzepts in Beziehung zu den Trauertheorien und Traueraufgaben.

Werden opioidabhängige Menschen mit einem Todesfall eines ihnen nahe stehenden Menschen konfrontiert, kann dies weitreichende Folgen haben. Auf Grund ihrer Abhängigkeit, ihrer gesellschaftlichen Situation und der geringen Menge an nutzbaren Ressourcen setzen die Betroffenen oft Opioide als Bewältigungsstrategie ein. Damit geschieht aber keine Trauerbewältigung, es findet lediglich eine Verdrängung statt. Zudem kann diese Bewältigungsstrategie die psychische, physische und soziale Situation des betroffenen Menschen stark beeinträchtigen und die Lebensqualität senken. Diesen negativen Folgen professionell entgegenzutreten, indem Trauerarbeit geleistet wird, ist Aufgabe der Sozialen Arbeit. Die Autorinnen gehen davon, dass dies nur unter der Voraussetzung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung und weiteren Faktoren seitens der Professionellen der Sozialen Arbeit und der trauernden opioidabhängigen Menschen möglich ist.

„Ech werde dech so schnell ned vergässe, schliesslech hend mer üses Läbe of`s Spiel
g`setz! Hoffe hesch di Frieden!“

Paul*

„Du hesch di Frede gfonde, Ech wett ech hätt au, ech benide dech. Es cha nome schöner
si. Bes of baud.“

Anna*

„Du bisch immer wie e` Schwöschter für mech ond für mini Kid`s „Tante Lisa*“... Mer
vermissed Dich enorm und du wirsch i üsne Härze witer Läbe.“

Patricia*

*Name von den Autorinnen geändert

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT (BEIDE AUTORINNEN)	IV
INHALTSVERZEICHNIS	VI
TABELLENVERZEICHNIS	VIII
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VIII
VORWORT (BEIDE AUTORINNEN)	X
EINLEITUNG (BEIDE AUTORINNEN)	XII
1 DIE OPIOIDABHÄNGIGKEIT (MARTINA ZEDER)	15
1.1 VERWENDUNG DER BEGRIFFE	15
1.2 DIAGNOSTISCHE KRITERIEN DES ABHÄNGIGKEITSSYNDROMS	15
1.2.1 <i>Klassifikationssysteme</i>	15
1.2.2 <i>Sinn und Zweck von Diagnosestellungen</i>	16
1.2.3 <i>Die Stufen der Abhängigkeitsentwicklung</i>	16
1.2.4 <i>Das Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10</i>	17
1.3 ERKLÄRUNGSMODELLE ZUM ABHÄNGIGKEITSSYNDROM	18
1.3.1 <i>Das multifaktorielle Ursachenmodell</i>	18
1.3.2 <i>Das physiologische Suchtmodell</i>	20
1.4 OPIOIDE	20
1.4.1 <i>Klärung der Begriffe</i>	20
1.4.2 <i>Die Wirkung der Opioide</i>	22
1.4.3 <i>Der Opioidentzug</i>	22
1.5 DOPPELDIAGNOSEN	23
1.5.1 <i>Die Definition der Doppeldiagnose</i>	23
1.5.2 <i>Opioidabhängigkeit und psychische Erkrankung</i>	23
1.5.3 <i>Die Entstehung der Doppeldiagnosen</i>	26
1.6 POLYTOXIKOMANIE	27
1.6.1 <i>Die Definition der Polytoxikomanie</i>	27
1.6.2 <i>Die Wechselwirkung von Substanzen und körperlichen Auswirkungen</i>	27
1.7 AUSWIRKUNGEN DES OPIOIDABHÄNGIGKEITSSYNDROMS	28
1.8 ZUSAMMENFASSUNG DES KAPITELS	30
2 DIE TRAUER (RAHEL HERZOG)	32
2.1 DEFINITION DER TRAUER	32
2.2 AUSWIRKUNGEN DER TRAUER	33
2.2.1 <i>Emotionale Reaktionsmuster</i>	33
2.2.2 <i>Kognitive Gedankenmuster</i>	34
2.2.3 <i>Somatische Reaktionsmuster</i>	34
2.2.4 <i>Wahrnehmungsänderungen</i>	35
2.2.5 <i>Verhaltensänderungen</i>	35
2.3 PATHOLOGISCHE ENTWICKLUNG DER TRAUER	36

2.4	MODELLE ZUR TRAUER.....	38
2.4.1	<i>Erklärungsmodelle</i>	38
2.4.2	<i>Phasenmodelle</i>	42
2.4.3	<i>Aufgabenmodelle</i>	43
2.5	TRAUERARBEIT.....	45
2.5.1	<i>Das Ziel der Trauerarbeit</i>	45
2.5.2	<i>Die Aufgaben der Trauerarbeit</i>	46
2.5.3	<i>Konkrete Beispiele für Interventionen</i>	47
2.6	ZUSAMMENFASSUNG DES KAPITELS.....	48
3	DIE LEBENSSITUATION TRAUERNDER OPIOIDABHÄNGIGER MENSCHEN (BEIDE AUTORINNEN).....	51
3.1	LEBENSLAGENKONZEPT.....	51
3.2	OPIOIDABHÄNGIGE MENSCHEN IM LEBENSLAGENKONZEPT.....	53
3.3	TRAUERENDE OPIOIDABHÄNGIGE MENSCHEN IM LEBENSLAGENKONZEPT.....	55
3.4	ZUSAMMENFASSUNG DES KAPITELS.....	57
4	TRAUERARBEIT BEI OPIOIDABHÄNGIGE MENSCHEN ALS AUFGABE DER SOZIALEN ARBEIT (BEIDE AUTORINNEN).....	59
4.1	GEGENSTAND DER SOZIALEN ARBEIT.....	59
4.1.1	<i>Die Hilfe zur Inklusionsvermittlung, Exklusionsvermeidung und Exklusionsverwaltung</i>	59
4.1.2	<i>Das Bearbeiten sozialer Probleme</i>	60
4.1.3	<i>Die Unterstützung im Alltag</i>	60
4.1.4	<i>Die Soziale Arbeit als Dienstleistung</i>	61
4.1.5	<i>Von Spiegeln zusammenfassende Gegenstandsbestimmung</i>	61
4.2	ABGRENZUNG ZUR PSYCHOTHERAPIE.....	62
4.3	ZUSAMMENFASSUNG DES KAPITELS.....	64
5	KONKRETE BERATUNGSANSÄTZE (BEIDE AUTORINNEN).....	65
5.1	ZIRKULÄRER PROBLEMLÖSUNGSPROZESS.....	65
5.2	FALLBEISPIEL.....	66
5.3	AUSGANGSLAGE.....	67
5.3.1	<i>Die Klärung der Ausgangslage</i>	67
5.3.2	<i>Die Voraussetzungen für die Trauerarbeit</i>	70
5.4	BILDUNG VON HYPOTHESEN.....	74
5.5	FORMULIEREN VON ZIELEN.....	76
5.6	INTERVENTIONEN.....	78
5.6.1	<i>Die Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit</i>	78
5.6.2	<i>Die Krisenintervention</i>	80
5.6.3	<i>Die sechs Aufgaben der Trauerarbeit</i>	82
5.6.4	<i>Die Intervention bei nicht oder kaum vorhandenen Trauerreaktionen</i>	89
5.7	EVALUATION.....	90
5.8	ZUSAMMENFASSUNG DES KAPITELS.....	91
6	DIE SCHLUSSFOLGERUNGEN (BEIDE AUTORINNEN).....	93
7	DAS QUELLENVERZEICHNIS.....	97

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: VEREINFACHTE DARSTELLUNG ZUR ÜBERSICHT VON INHALTSSTOFFEN UND PRODUKTE DER MOHNBLUME (EIGNE DARSTELLUNG).....	21
TABELLE 2: ZUSAMMENSTELLUNG VON SYMPTOMEN BEI PSYCHISCHEN KRANKHEITSBILDERN (EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN DILLING, 2006, S. 101-156)	25
TABELLE 3: VARIANTEN ZUR ENTSTEHUNG DER DOPPELDIAGNOSEN (BRUSA, 2008, S. 5).....	26
TABELLE 4: DIE REGELFUNKTION BESTIMMTER SUBSTANZEN (EIGENE TABELLE)	28
TABELLE 5: UNTERSCHIEDUNG DER EINFACHEN UND EXTREMEN TRAUERREAKTION (ZNOJ, 2004, S. 12)	37
TABELLE 6: TRAUERAUFGABEN VON STROEBE/STROEBE INKL. ERWEITERUNG VON STROEBE/SCHUT (EIGENE TABELLE).....	45
TABELLE 7: ABLEITUNG DER AUFGABEN DER TRAUERARBEIT (LAMMER, 2004, S. 224).....	46
TABELLE 8: DIE SECHS AUFGABEN DER TRAUERARBEIT (LAMMER, 2006, S. 228)	47
TABELLE 9: AUFGABEN DER TRAUERARBEIT UND KORRESPONDIERENDE EINZELAKTIVITÄTEN (EIGENE TABELLE)	48
TABELLE 10: BEISPIELE ZUR KLÄRUNG DER AUSGANGSLAGE (EIGENE TABELLE)	69
TABELLE 11: BEISPIELE ZU NICHT ERFÜLLTEN VORAUSSETZUNGEN (EIGENE TABELLE)	73
TABELLE 12: BEISPIELE ZU HYPOTHESEN (EIGENE TABELLE)	75
TABELLE 13: BEISPIELE ZUM ZIELFINDUNGSPROZESS UND DER ZIELDEFINITION (EIGENE TABELLE).....	78
TABELLE 14: BEISPIELE FÜR DIE VIER ARBEITSBEREICHE DER SOZIALEN ARBEIT (EIGENE TABELLE)	79
TABELLE 15: BEISPIEL FÜR EINE KRISENINTERVENTION (EIGENE TABELLE)	81
TABELLE 16: BEISPIELE FÜR DIE HILFE BEI DER REALISIERUNG DES TODES (EIGENE TABELLE).....	82
TABELLE 17: BEISPIELE FÜR DIE VALIDIERUNG DES VERLUSTES (EIGENE TABELLE).....	83
TABELLE 18: BEISPIELE FÜR DIE HILFE BEIM AUSLÖSEN VON TRAUERREAKTIONEN (EIGENE TABELLE)	84
TABELLE 19: BEISPIELE FÜR DIE HILFE BEI DER REKONSTRUKTION VON BEZIEHUNGSGESCHICHTE (EIGENE TABELLE)	85
TABELLE 20: BEISPIELE FÜR DIE HILFE BEI DER ABSCHIEDSGESTALTUNG UND HINWENDUNG ZUM LEBEN (EIGENE TABELLE).....	86
TABELLE 21: BEISPIELE FÜR DIE HILFE BEI DER EVALUIERUNG VON RESSOURCEN UND RISIKEN (EIGENE TABELLE)	87
TABELLE 22: BEISPIELE FÜR INTERAKTIONEN ENTLANG DER AUFGABEN DER TRAUERARBEIT UND BEI NICHT ODER KAUM VORHANDENEN TRAUERREAKTIONEN (EIGENE TABELLE)	89
TABELLE 23: BEISPIELE FÜR INTERVENTIONEN BEI NICHT ODER KAUM VORHANDENEN TRAUERREAKTIONEN (EIGENE TABELLE).....	90
TABELLE 24: BEISPIELE FÜR EVALUATIONSFRAGEN (EIGENE TABELLE)	91

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: STUFEN ZUR ABHÄNGIGKEITSENTWICKLUNG (HÄFELI, 2008c, S. 21)	16
ABBILDUNG 2: DAS MULTIFAKTORIELLE URSACHENMODELL (HÄFELI, 2008b, S. 15)	19
ABBILDUNG 3: VEREINFACHTE DARSTELLUNG ZUR HERSTELLUNG VON HEROIN (EIGENE DARSTELLUNG)	21
ABBILDUNG 4: DIE STRESSTHEORIE (EIGENE DARSTELLUNG)	39
ABBILDUNG 5: DAS LEBENSLAGENKONZEPT VON MEIER KRESSIG/HUSI (HUSI, 2005, S. 10)	52
ABBILDUNG 6: DER PROBLEMLÖSUNGSPROZESS NACH ESTHER WEBER (WEBER, 2003, S. 10)	65
ABBILDUNG 7: KONTEXTVARIABLEN IN DER SYSTEMISCHEN BERATUNG (KOCH, 2007a, S. 10).	68
ABBILDUNG 8: ARBEITSFELDER DER SOZIALEN ARBEIT (URSULA FUCHS, 2007a, S. 7)	78

Vorwort

Während unseres Studiums der Sozialarbeit durften wir, die Autorinnen dieser Arbeit, Erfahrungen in der Berufspraxis sammeln. Das Praktikum absolvierte Rahel Herzog auf der Sozialberatung Höfe, einem polyvalenten Sozialdienst in Pfäffikon SZ, und Martina Zeder im Drop-in Luzern, einem ambulanten Dienst der Luzerner Psychiatrie. In unterschiedlicher Weise kamen wir in Kontakt mit opioidabhängigen Menschen. Diese Tätigkeit erweckte das Interesse, mehr über diese Thematik zu erfahren. Während der Zeit der Themenwahl für die Bachelorarbeit ereigneten sich einige Todesfälle von Drop-in Patientinnen und Patienten. Die Reaktionen der hinterbliebenen Patientinnen und Patienten hat uns beeindruckt und gleichzeitig aufgezeigt, wie wichtig das Bearbeiten der Trauersituation wäre und was für eine grosse Herausforderung diese darstellt - für die betroffenen Menschen einerseits und die Professionellen der Sozialen Arbeit andererseits. Kommt hinzu, dass opioidabhängige Menschen oftmals mit verschiedenen Institutionen vernetzt sind und wir deshalb davon ausgehen, dass eine grosse Anzahl Fachpersonen sich in ihrer Arbeit mit dem Thema Opioidabhängigkeit und Trauer konfrontiert sehen.

Beim Recherchieren nach geeigneter Fachliteratur konnten wir jedoch keine Quellen finden, die die Themen Opioidabhängigkeit und Trauer vereinten. Diese Tatsache motivierte uns umso mehr, unsere Arbeit der Kombination dieser beiden Themen zu widmen und so einen Beitrag zum professionellen Handeln in der Praxis zu leisten. Ziel dieser Arbeit ist einerseits, zu zeigen, welche Probleme auftreten können und andererseits Handlungsansätze zu geben, wie in der Beratung auf die Trauer opioidabhängiger Menschen reagiert werden kann.

Um diese Arbeit anzugehen, vertieften wir uns in Fachliteratur zu den Themen Opioidabhängigkeit und Trauer. Zusätzlich führten wir Gespräche mit Menschen, die aus professioneller Sicht mit der Kombination dieser Themen zu tun haben oder selbst davon betroffen sind.

An dieser Stelle möchten wir unseren herzlichen Dank jenen Menschen aussprechen, die uns bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt und begleitet haben. Besonderer Dank gilt:

- Elke Brusa, dipl. Sozialarbeiterin FH und Professorin an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit, sowie Selma Koch, dipl. Sozialarbeiterin FH und Dozentin an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit. Ihre fachlichen Hinweise und Anregungen in den Fachpoolgesprächen waren uns in der Erarbeitung der vorliegenden Arbeit eine wertvolle Unterstützung.
- Beate Weber, ausgebildete Lebens- und Trauerbegleiterin und Myroagogin, für die wertvollen und aufschlussreichen Gespräche.
- Sepp Riedener, dipl. Sozialarbeiter FH und Theologe, für seine eindrucksvollen Schilderungen aus den langjährigen Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit opioidabhängigen Menschen.
- Klara Mettler, dipl. Pflegefachfrau und Mitarbeiterin des medizinischen Ambulatoriums des Vereins kirchliche Gassenarbeit Luzern, für die Gewährung eines Einblickes in die Trauerbücher der Klientinnen und Klienten.
- Jasna Przulj, Oberärztin am Drop-in Luzern, und Nataliya Kotovenko, Assistenzärztin ebenfalls am Drop-in Luzern, für die Informationen aus der medizinischen und psychiatrischen Perspektive.
- Isabelle Schönenberger, dipl. Sozialarbeiterin FH, für das interessante Gespräch und die Vermittlung weiterer Gespräche mit opioidabhängigen Menschen.
- Samira* und Corinne* für die sehr ehrlichen und berührenden Gespräche über ihre Erfahrungen mit Trauer und Opioidabhängigkeit.
- Kerstin Zemp für ihre kreativen Ideen und die Gestaltung des Titelblattes.
- Angela Herzog-Wanner, Primarlehrerin, und Priska Felber, dipl. Sozialarbeiterin FH, für das Lektorat unserer Arbeit.
- Unseren Familien, Partnern, Freundinnen und Freunden für die treue- und verständnisvolle Begleitung und Unterstützung.

* Name von den Autorinnen geändert

Einleitung

Diese Arbeit befasst sich mit der Trauerarbeit bei opioidabhängigen Menschen in der Langzeitberatung. Ausgangslage dafür ist die Tatsache, dass die Menschen schon seit Jahrtausenden versuchen, ihren Gefühlszustand durch psychoaktive Substanzen zu beeinflussen. Durch den Konsum dieser Substanzen kann es zu einem Missbrauch und im Endeffekt zu einer Abhängigkeit kommen, was für den betroffenen Menschen körperliche, psychische, soziale und wirtschaftliche Auswirkungen haben kann. Die genaue Zahl der opiatabhängigen Menschen in der Schweiz ist nicht bekannt. Schätzungen des Bundesamtes für Gesundheit (2009a) besagen, dass im Jahre 2002 18`500 bis 25`500 Menschen vom Opiatabhängigkeitssyndrom, speziell von der Heroinabhängigkeit, betroffen waren. Neuere Zahlen liegen nicht vor. Aus der polizeilichen Kriminalstatistik (2008, S. 20) ist zu entnehmen, dass im Jahre 2007 152 Menschen an der direkten Folge ihres Opioidkonsums verstarben. Schätzungen des Bundesamts für Gesundheit (2006, S. 9) gehen davon aus, dass jährlich 250 Menschen an den direkten und indirekten Folgen ihres Opioidkonsums sterben. Opiode sind damit laut Seidenberg (1998, S. 13) die häufigste Todesursache bei den 25 bis 44 jährigen Schweizerinnen und Schweizern. Zudem sterben opioidabhängige Menschen durchschnittlich 40-50 Jahre früher als nicht abhängige. Weil opioidabhängige Menschen oftmals nur noch soziale Kontakte zu ebenfalls opioidabhängigen Personen oder einigen Familienangehörigen haben, sehen sie sich verhältnismässig oft mit dem Tod einer ihnen nahe stehenden Person konfrontiert.

Trauerarbeit wird von diversen Instanzen wie Seelsorge, Spitälern, Trauerbegleiterinnen und Trauerbegleitern angeboten und basiert auf der Ebene eines freiwilligen und allseits zugänglichen Dienstleistungsangebots. Es werden Ausbildungen zur Trauerbegleitung unter der Leitung von Jorgos Canacakis und anderen Fachpersonen geleitet, doch sind diese in der Schweiz nicht offiziell anerkannt.

Trotz intensiver Recherche waren kaum Literatur oder Forschungsergebnisse zum Thema trauernde opioidabhängige Menschen zu finden. Sowohl in der literarischen Auseinandersetzung mit dem Thema als auch in der praktischen Sozialarbeit wird aber deutlich, dass die Konfrontation mit dem Tod einer ihnen nahe stehenden Person für viele opioidabhängige Menschen eine Vielzahl sozialer Probleme nach sich zieht. Grundsätzlich setzt sich die Soziale Arbeit mit sozialen Problemlagen auseinander und versucht, die betroffenen Menschen in ihrer Behebung zu unterstützen.

Ziel dieser Arbeit ist es, zu klären, ob die Trauerarbeit bei opioidabhängigen Menschen als Aufgabe der Sozialen Arbeit betrachtet werden kann und wenn ja, entsprechende Beratungsansätze zu formulieren. Dazu ist es nötig, die Themen Opioidabhängigkeit und Trauer darzulegen, die Herausforderungen für die Beratungstätigkeit herauszukristallisieren und daraus Handlungsanleitungen für die Praxis der Sozialen Arbeit abzuleiten. Ausgegangen wird von der Hypothese, dass der Todesfall eines nahe

stehenden Menschen für den betroffenen opioidabhängigen Menschen weitreichende Auswirkungen im physischen, psychischen und sozialen Bereich hat und die sozialarbeiterische Beratungstätigkeit wesentlich beeinflussen kann.

Leitend für die Erarbeitung des Themas sind folgende Fragestellungen:

- Im Bereich des Beschreibungswissens: Was ist der Gegenstand der Opioidabhängigkeit einerseits und der Trauerarbeit andererseits?
- Im Bereich des Erklärungswissens: Welche Folgen und Auswirkungen hat eine Trauersituation auf einen opioidabhängigen Mensch im Verständnis der Sozialen Arbeit und weshalb ist die Trauerbegleitung bei opioidabhängige Menschen eine spezielle Herausforderung?
- Im Bereich des Handlungswissens: Welchen Beitrag kann die Sozialarbeit in der Trauerarbeit für opioidabhängige Menschen in der Langzeitbegleitung leisten?

Unter dem Titel „Trauer im Drogenrausch - Trauerarbeit bei opioidabhängigen Menschen in der Langzeitberatung“ sollen diese Fragestellungen beantwortet werden. Dieser Titel dient einerseits der Bezeichnung des Themas, nämlich der Trauerarbeit bei opioidabhängigen Menschen, d.h. der Unterstützung des betroffenen Menschen in der Durcharbeitung seiner Trauer. Andererseits dient die Bezeichnung „opioidabhängige Menschen“ der Eingrenzung des Themas. Die Fokussierung auf alle abhängigen Menschen würde eine Ausdifferenzierung entlang der diversen Substanzen und ihrer (Aus-)Wirkungen benötigen, was im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden kann. Opioide schliessen Heroin mit ein, welches zu einem der am häufigsten illegal missbrauchten Substanz zählt. Eine weitere Eingrenzung erfolgt durch den Begriff „Langzeitberatung“. Wie die Arbeit zeigen wird, ist das Vertrauensverhältnis eine unabdingbare Grundvoraussetzung, damit die Bearbeitung der Trauer im Gespräch zwischen Klient/Klientin und Fachperson der Sozialen Arbeit überhaupt in Angriff genommen werden kann. Die Autorinnen setzten das Vorhandensein dieses Vertrauensverhältnisses voraus und gehen davon aus, dass die Trauerarbeit Bestandteil einer Langzeitberatung ist. Anzumerken ist, dass folgende Thematiken aus Gründen der Eingrenzung nicht Eingang in die Arbeit finden: Trauer als Auslöser einer Opioidabhängigkeit, die Unterscheidung zwischen voraussehbarem und plötzlichem Tod und der Einbezug Dritter, z.B. Angehöriger opioidabhängiger Menschen. Ausgegangen wird zudem vom Kulturkreis des westlichen Europas zur heutigen gegebenen Zeit.

Als Basis für die Bearbeitung der Fragestellungen dienen die theoretischen Grundlagen zu den Themen Opioidabhängigkeit und Trauer, sowie sozialarbeiterische Modelle. Letztere wurden so gewählt, dass sie professionellen Methoden und Anforderungen entsprechen und dank ihrer umfassenden Sichtweise auf die ganze Soziale Arbeit, mit fachspezifischen Anpassungen, übertragen werden können. Zum fachlichen Austausch dienten diverse Expertengespräche, welche die Autorinnen im Vorfeld führten und die illustrativ Eingang in die Arbeit finden. Ebenfalls zur Illustration und als Einstimmung ins Thema enthält die Arbeit vor dem Inhaltsverzeichnis drei Zitate, die den Trauerbüchern des medizinischen Ambulatoriums des Vereins kirchliche Gassenarbeit Luzern entnommen sind.

Die vorliegende Arbeit soll Studierenden und Professionellen der Sozialen Arbeit als Grundlagenpapier dienen. Mit seiner Hilfe soll ein Bild über die komplexe Ausgangssituation und Problemstellungen trauernder opioidabhängiger Menschen gegeben und Beratungsansätze aufgezeigt werden. Im Weiteren richtet sich diese Arbeit an alle Fachpersonen, die mit dem Thema Opioidabhängigkeit und/oder Trauer konfrontiert werden. Ebenfalls ist die vorliegende Arbeit für all jene gedacht, die Interesse an diesen Themen haben und ihr Wissen und Verständnis dafür erweitern möchten.

Die Arbeit ist in sechs thematische Kapitel gegliedert. Das erste Kapitel zeigt auf, was unter der Opioidabhängigkeit verstanden wird. Dazu wird das Abhängigkeitssyndrom generell an Hand von Diagnosekriterien definiert und Modelle zu seiner Entstehung aufgezeigt. Danach erfolgt die Eingrenzung auf die Opioidabhängigkeit und die Darstellung ihrer Auswirkungen, wobei auch die mit der Opioidabhängigkeit einhergehenden Thematiken der Polytoxikomanie und der Doppeldiagnose Beachtung finden. Im zweiten Kapitel wird dargestellt, was Trauerarbeit ist und was sie beinhalten muss. Dazu werden erst die Trauer, ihre möglichen Auswirkungen und die Modelle zu ihrer Herkunft behandelt. Darauf basierend werden die Aufgaben aufgezeigt, die eine trauernde Person im Trauerprozess erfüllen muss und die damit korrespondierenden Aufgaben der Trauerarbeit abgeleitet. Das dritte Kapitel stellt die Lebenssituation trauernder opioidabhängiger Menschen an Hand des Lebenslagenkonzepts von Gregor Husi und Marcel Meier Kressig (2002) dar. Im vierten Kapitel wird gezeigt, dass die Trauerarbeit eine Aufgabe der Sozialen Arbeit ist. Dazu wird zuerst geklärt, ob und in wie weit die Trauerarbeit Bestandteil des Gegenstandes der Sozialen Arbeit ist, bevor danach eine Abgrenzung zur Psychotherapie erfolgt. Das fünfte Kapitel beinhaltet schliesslich konkrete Beratungsansätze für die Trauerarbeit bei opioidabhängigen Menschen, die mittels des Problemlösungsprozesses von Esther Weber (2003) dargestellt werden. Zum Abschluss zeigt das sechste Kapitel die wichtigsten Erkenntnisse dieser Arbeit auf und zieht Schlussfolgerungen für die Ausbildung und Praxis der Sozialen Arbeit. Jeweils am Ende der Kapitel ist eine Zusammenfassung über das ganze Kapitel zu finden.

1 Die Opioidabhängigkeit

Im ersten Teil des Kapitels Opioidabhängigkeit wird die Verwendung der Begriffe erläutert. Der zweite Teil geht auf zwei verschiedene Klassifikationssysteme ein, die Kriterien für Diagnosestellungen festlegen. Mit Hilfe des Klassifikationssystem ICD-10 wird im Anschluss das Abhängigkeitssyndrom definiert. Das dritte Kapitel zeigt unter Einbezug von Erklärungsmodellen auf, wie sich ein Abhängigkeitssyndrom entwickeln kann. Der Fokus wird anschliessend auf das Opioidabhängigkeitssyndrom und die Wirkung der Opioide gelegt. Im Anschluss zeigen die Unterkapitel fünf und sechs die beiden Phänomene Doppeldiagnosen und Polytoxikomanie auf und in dem abschliessenden Kapitel sieben werden die Erkenntnisse aus den vorangegangenen Kapiteln zusammengeführt und die Folgen eines Opioidabhängigkeitssyndroms auf das Leben der betroffenen Menschen erläutert. Darauf folgt eine Zusammenfassung, die die zentralen Fakten des Kapitels aufzeigt.

1.1 Verwendung der Begriffe

In der vorliegenden Arbeit spielt der Begriff des Abhängigkeitssyndroms eine zentrale Rolle. Von den Autorinnen wird bewusst auf den Begriff Sucht verzichtet. Im Gegensatz zu dem vom international anerkannten Klassifikationssystem ICD-10 verwendeten Begriff Abhängigkeitssyndrom hat der Begriff Sucht keinen wertefreieren Charakter. Das Abhängigkeitssyndrom bezieht sich auf jegliche Art von Suchtmittelmissbrauch, jedoch wird der Fokus in dieser Arbeit auf das Opioidabhängigkeitssyndrom gelegt. Opioide sind, im Gegensatz zu einigen Opiaten, alle Substanzen mit einer morphinanalogen Wirkung, worauf im Kapitel 1.4 „Opioide“ eingegangen wird. Aus dem Grund des respektvollen Umgangs mit von der Opioidabhängigkeit betroffenen Menschen verwenden die Autorinnen die Bezeichnung „opioidabhängige Menschen“.

1.2 Diagnostische Kriterien des Abhängigkeitssyndroms

Im folgenden Kapitel werden zwei verschiedene Klassifikationssysteme vorgestellt, namentlich das ICD-10 und das DSM-IV. Im Anschluss wird aufgezeigt, welchen Sinn und Zweck Diagnosestellungen haben. Danach wird die allgemeine Definition des Syndroms nach ICD-10 Kapitel fünf aufgezeigt, welches das Abhängigkeitssyndrom den psychischen Krankheiten zuordnet.

1.2.1 Klassifikationssysteme

Für die Klassifikation von psychischen Erkrankungen werden von Fachpersonen vor allem zwei verschiedene Klassifikationssysteme verwendet. Zum einen ist es das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (deutsch: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen), kurz DSM genannt. Es wurde 1952 von der American Psychiatric Association (APA) in den USA entwickelt und ist ein nationales Klassifikationssystem für Krankheiten. Inzwischen ist die vierte Auflage, das DSM-IV, auf dem Markt. (Henning Sass, 1998, S. 1)

Auch die Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO) entwickelte ein Klassifikationssystem, das International Classification of Disease (deutsch: Internationales Klassifikationssystem der Krankheiten), das sogenannte ICD. Inzwischen ist die 10. Auflage in Anwendung, das ICD-10 genannt wird und das ebenso wie das DSM-IV als Diagnostikinstrument dient. Im fünften Kapitel des ICD-10 werden die psychischen Erkrankungen klassifiziert. (Horst Dilling, 2006, S. 7) Beide Klassifikationssysteme wurden von zahlreichen Autorinnen und Autoren verfasst und durch zahlreiche Diskussionen und Kompromisse musste ein gemeinsamer Konsens gefunden werden. Das hat zur Folge, dass eine Erkrankung verschiedenste Diagnosekriterien enthält, diese aber nicht alle in Erscheinung treten müssen. So bleibt ein gewisser Ermessensspielraum in der Diagnosestellung bestehen. (Julius Kurmann, 2009, S. 5) Die Klassifikationssysteme unterscheiden sich in der Diagnosebezeichnung nur geringfügig. Das DSM-IV ist in der Ausführung der Symptombeschreibungen konkreter und ausführlicher als das ICD-10 (Jörg Häfeli, 2008b, S. 3). Das international anerkannte und angewandte Klassifikationssystem ICD-10 findet laut Jasna Przulj, Oberärztin im Drop-in Luzern, in der Schweizerischen Praxis häufiger Anwendung als das DSM-IV. (Gespräch vom 22. Juni 2009) Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit das ICD-10 als Grundlage genutzt.

1.2.2 Sinn und Zweck von Diagnosestellungen

Der Sinn der Diagnosestellung liegt darin, eine Krankheit definieren zu können. Sie soll den Fachpersonen als Instrument dienen, damit sie zielgerichtet auf den zu behandelnden Menschen eingehen können. Diagnosen sollen aber keinesfalls als ein abschliessender Zustand, Stigmatisierung oder Wertung betrachtet, sondern als veränderbare Hypothesen verstanden werden. Es ist die Aufgabe der Fachpersonen, Diagnosen kritisch zu überdenken und an die Entwicklungen der betroffenen Person während des Behandlungsprozesses anzupassen. (Rainer Sachse, 2006, S.24-27)

1.2.3 Die Stufen der Abhängigkeitsentwicklung

In diesem Kapitel wird verdeutlicht, wie die Stufen einer Abhängigkeitsentwicklung im Allgemeinen aussehen. Es soll festgehalten werden, dass eine Abhängigkeitsentwicklung als dynamischer Prozess angesehen werden kann. Eine Abhängigkeit entwickelt sich über einen gewissen Zeitraum und beinhaltet verschiedene Stufen. Die unten stehende Abbildung verdeutlicht diesen Prozess.



Abbildung 1: Stufen zur Abhängigkeitsentwicklung (Häfeli, 2008c, S. 21)

Die erste Stufe beschreibt den unproblematischen Konsum einer Substanz. Es wird mit der Substanz experimentiert. Die zweite Stufe ist durch den Missbrauch dieser Substanz gekennzeichnet. Das heisst, die Substanz wird anders als zu ihrem ursprünglichen Zweck verwendet, beispielsweise wird Morphin nicht zur Schmerzbehandlung, sondern zur Überdeckung negativer Gefühle eingesetzt. Die Gewöhnung an die Substanz bezeichnet die dritte Stufe und weist auf einen problematischen Konsum hin. In der vierten Stufe manifestiert sich die Abhängigkeit und der Mensch weist die Symptome des Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10 auf, welche im Kapitel 1.2.4 „Das Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10“ aufgezeigt werden. Die Art und Weise des Verlaufs durch die Stufen ist individuell und hängt wesentlich von der Substanz und von der konsumierenden Person ab. Es ist wichtig zu verstehen, dass nicht jeder Konsum in einer Abhängigkeit münden muss. Es ist allerdings erwiesen, dass einige Substanzen ein höheres Abhängigkeitspotential haben als andere. (Häfeli, 2008b, S. 4)

1.2.4 Das Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10

Das Kapitel F1x.2 im ICD-10 gibt Auskunft über die Kriterien des Abhängigkeitssyndroms, die durch den Konsum von psychotropen Substanzen ausgelöst werden (Dilling, 2006, S. 79). Psychotrope Substanzen zeichnen sich dadurch aus, dass sie eine spezielle Wirkung auf die psychischen Funktionen und das Bewusstsein des Menschen haben (Siglinde Bogensberger et al., 2000, S. 635). Die genaue Wirkung von psychotropen Substanzen, genauer der Opiode, wird im Kapitel 1.4.2 „Wirkung der Opiode“ erläutert.

Wenn innerhalb des letzten Jahres drei oder mehr der unten genannten Kriterien gleichzeitig aufgetreten sind, sprechen die Fachleute von einem Abhängigkeitssyndrom (Dilling, 2006, S. 79):

- Es besteht ein starker Wunsch oder Zwang nach dem Konsum psychotroper Substanzen.
- Die Kontrollfähigkeit in Bezug auf Beginn, Beendigung und Menge des Konsums ist eingeschränkt.
- Nach Beendigung oder Reduktion des Konsums treten Entzugerscheinungen auf. Wird die Substanz wieder zugeführt, verringern sich die Entzugssymptome.
- Es kommt zu einer Toleranzentwicklung gegenüber der psychotropen Substanz und um die gewünschte Wirkung wieder zu erlangen, muss eine Dosissteigerung erfolgen.
- Die konsumierte Substanz wird immer mehr zum Lebensmittelpunkt. Andere Interessen werden zunehmend vernachlässigt.
- Der Substanzkonsum wird trotz nachweisbaren schädlichen Folgen weitergeführt. Dabei ist dem betroffenen Menschen die Schädlichkeit seines Handelns bewusst.

Die eben genannten Symptome können bei jeglichen Arten menschlichen Verhaltens auftreten. Mit anderen Worten: Jedes menschliche Verhalten kann in einem Abhängigkeitssyndrom enden (Reinhard Haller, 2007, S. 11). Dabei werden die Verhaltensweisen in zwei Hauptkategorien aufgeteilt, in die stoffgebundenen und stoffungebundenen Abhängigkeiten. Alkohol-, Nikotin- und Opioidabhängigkeit fallen

beispielsweise in die Kategorie der stoffgebundenen Abhängigkeiten, wogegen Kauf- oder Spielsucht Vertreter der stoffungebundenen Abhängigkeiten darstellen (Häfeli, 2008a, S. 1).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Menschen, die Opiode zu sich nehmen. Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (ohne Datum) besagt, dass die am häufigsten konsumierten Opiode Heroin und Methadon sind. Wenn die Autorinnen von opioidabhängigen Menschen sprechen, ist dementsprechend der Fokus auf die Heroin- und/oder Methadonabhängigkeit gemeint. Diese Art der Abhängigkeit hat besondere Auswirkungen, wie im Kapitel 1.7 „Auswirkungen des Opioidabhängigkeitssyndroms“ zu sehen sein wird.

1.3 Erklärungsmodelle zum Abhängigkeitssyndrom

Das Spektrum der Erklärungsmodelle zur Abhängigkeitsentwicklung liegt in einer grossen Bandbreite aus den verschiedensten Themenbereichen. Aus den verschiedenen Ansichten der Wissenschaft lässt sich der Schluss ziehen, dass es nicht „die“ Theorie zur Abhängigkeitsentwicklung gibt. Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit der Fokus auf das Multifaktorielle Ursachenmodell von Jörg Häfeli (2008b, S. 15) gelegt, denn das besagte Modell fasst Erkenntnisse aus verschiedenen Modellen zusammen und gibt einen umfangreichen Blick auf die Thematik, was dem Verständnis der Sozialen Arbeit entspricht. Im Anschluss wird zudem der Blick auf das physiologische Suchtmodell von André Seidenberg (1998, S. 54-62) gerichtet. Es bietet zusätzliche Informationen, die für das Verständnis der Abhängigkeitsentwicklung nach Ansicht der Autorinnen von Bedeutung sind. Auf die Theorie der Selbstmedikation, wie sie Elke Brusa (2008, S.5) beschreibt, wird beim Kapitel 1.5.3 „Entstehung der Doppeldiagnosen“ eingegangen.

1.3.1 Das multifaktorielle Ursachenmodell

Die Gruppe der Menschen, die an einem Abhängigkeitssyndrom erkrankt sind, ist sehr heterogen. Was genau der ausschlaggebende Faktor zur Entwicklung eines Abhängigkeitssyndroms gewesen ist, kann praktisch nicht rekonstruiert werden. Wie das Multifaktorielle Ursachenmodell bereits mit seinem Namen besagt, geht dieses Modell davon aus, dass viele verschiedene Faktoren an der Entstehung eines Abhängigkeitssyndroms beteiligt sind. (Häfeli, 2008b, S.12)

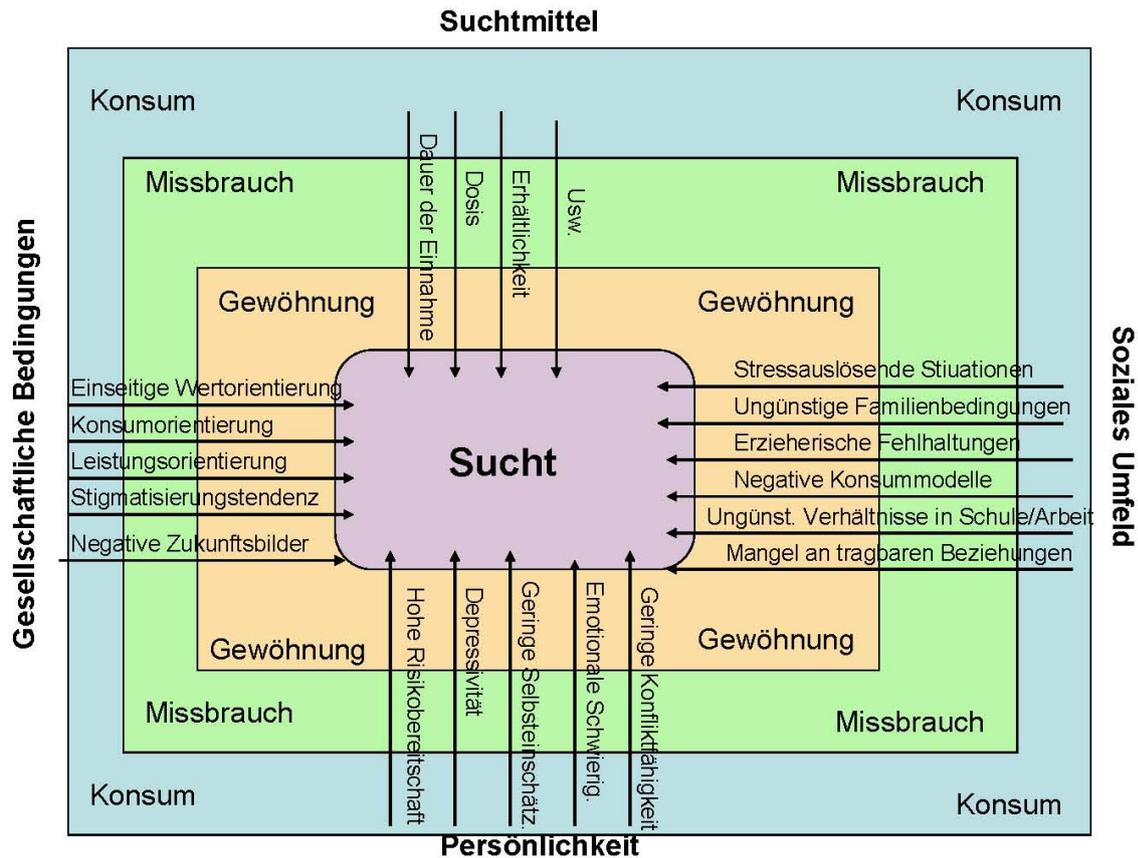


Abbildung 2: Das multifaktorielle Ursachenmodell (Häfeli, 2008b, S. 15)

Hier ist zu erkennen, dass das multifaktorielle Ursachenmodell vier Hauptfaktoren benennt, die Einfluss auf den Menschen haben können. In den Faktor „Persönlichkeit“ fließen Erkenntnisse aus der Persönlichkeitspsychologie ein. Sie besagt, dass gewisse Charaktereigenschaften, die Vulnerabilität sowie Verhaltensmerkmale und psychische Eigenschaften eines Menschen Risikofaktoren darstellen können. Diese Risikofaktoren können Abweichungen vom normalen Persönlichkeitsprofil generieren, was eine Abhängigkeitsentwicklung begünstigt. Die Persönlichkeit eines Menschen bildet sich zudem durch das soziale Umfeld und die Familie aus, in der er aufwächst. Prägende Ereignisse in der Kindheit wie beispielsweise Vernachlässigung, das Aufwachsen mit abhängigkeitserkrankten Eltern oder sexueller Missbrauch, können Einfluss auf den späteren Umgang mit abhängigkeits erzeugenden Substanzen haben (Haller, 2007, S. 63). Somit kommt dem Faktor „Soziales Umfeld“ ein hoher Stellenwert zu. Theoretische Grundlagen zu dieser Annahme bieten lerntheoretische Modellvorstellungen. Sie untersuchen, ob das Abhängigkeitsverhalten ein erlerntes Verhalten ist und welchen Nutzen das Individuum aus seinem Handeln ziehen kann. Bei den kognitionspsychologischen Theorien wird geklärt, wie das Individuum Situationen wahrnimmt, empfindet und bewertet. Auf diese Bewertung hin erfolgt eine Handlung. Ist es eine Handlung im Bereich der Abhängigkeit, wird erforscht, welche Erwartungshaltungen das Individuum an die konsumierte Substanz und das soziale Umfeld hat. So erhofft sich etwa ein Jugendlicher durch den Haschischkonsum mehr Akzeptanz in der Gruppe. Im Kontext des sozialen Umfelds spielen auch genetische

Studien eine wichtige Rolle. Sie untersuchen, ob abhängigkeitsbezogene Merkmale vererbt werden können. Bei dem Faktor „Gesellschaftliche Bedingungen“ kommen soziologische Theorien zum Zug. Sie gehen davon aus, dass soziale Faktoren Einfluss auf eine Abhängigkeitsentwicklung haben können. Ein zentraler Aspekt stellt den Faktor „Suchtmittel“ dar. Wichtige Einflussfaktoren sind die Verfügbarkeit und die Art und Weise der Substanzwirkung. (Häfeli, 2008b, S.5-12)

1.3.2 Das physiologische Suchtmodell

André Seidenberger (1998, S. 54-62) beschreibt das physiologische Suchtmodell. Untersuchungen haben die Erkenntnis gebracht, dass der zentrale Faktor des physiologischen Suchtmodells das Belohnungssystem ist. Erste Versuche in diesem Zusammenhang machte Burrhus Frederic Skinner mit der operanten Konditionierung von Versuchstieren. Das Versuchstier lernt, sein Verhalten durch äussere Reize anzupassen. Es wird mit positiven Reizen belohnt, wenn es das richtige Verhalten aufzeigt. Ein Regelkreis mit einer Rückkoppelung von Reizen und Verhalten entsteht. Durch eine positive Rückkoppelung werden im Gehirn die Neurotransmitter Dopamin und Serotonin ausgeschüttet, welche Glücksgefühle im Körper auslösen können. So können Aktivitäten wie Essen, Trinken, Sex usw. befriedigende Gefühle hervorrufen. Das Belohnungssystem kann auch durch die Zuführung von Opioiden aktiviert werden. Vor allem Heroin, Kokain, Benzodiazepine und Alkohol wirken als Belohnungsreiz. Je potenter eine Substanz das Belohnungssystem ansprechen kann, desto höher ist die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung. Dabei ist der ausgelöste Reiz im Gehirn so stark, dass andere Tätigkeiten wie Essen oder Trinken zu Gunsten der Substanzen deutlich vernachlässigt werden. Zudem werden Reize wie Schmerzen oder Müdigkeit nicht mehr adäquat wahrgenommen. (Seidenberger, 1998, S. 54-62)

1.4 Opiode

Es existieren verschiedenste Begriffe, um abhängigkeitserzeugende Stoffe zu benennen und häufig lösen die Begriffe Verwirrung aus. Aus diesem Grund wird nachfolgend ein Überblick zum Thema Opiode gegeben.

1.4.1 Klärung der Begriffe

Dem Schweizerischen Betäubungsmittelgesetz sind die Stoffe und Präparate der Wirkungstypen Morphin, Kokain und Cannabis unterstellt. Die Begründung dafür liegt in der stark abhängigkeitserzeugenden psychotropen Wirkung und die konsumbedingten Folgen dieser Substanzen, wie sie im Kapitel 1.7 „Auswirkungen des Opioidabhängigkeitssyndroms“ beschrieben werden. (Peter Mösch, 2008, S. 9-14)

Unter den Wirkungstyp Morphin fallen die Opiode. Im täglichen Sprachgebrauch wird häufig das Wort Opiate verwendet, doch nicht alle Opiate haben eine morphinanaloge Wirkung (Seidenberg, 1998, S. 22). Auf die morphinanaloge Wirkung wird im Kapitel 1.4.2 „Die Wirkung der Opiode“ eingegangen.

Opiate sind Opiumalkaloide, die aus dem Opium der Mohnblume gewonnen werden. Die primären Pflanzenstoffe Kohlenhydrate, Proteine und Fette entstehen durch die

Photosynthese. Die sekundären Pflanzenstoffe, wie beispielsweise Alkaloide, Gerbstoffe, Bitterstoffe und ätherische Öle, werden im Stoffwechsel der Pflanze gebildet. 1805 gelang es dem deutschen Apotheker Friedrich Wilhelm Sertürner erstmals, das Alkaloide Morphin aus dem Opium zu isolieren. (Esther Müller-Heller, 1999, S. 1-7) Weitere Alkaloide des Opiums sind beispielsweise Codein und Tebain (Drogeninfo Heroin, ohne Datum, S. 1). Das halbsynthetische Opiumderivat Heroin, auch Diacetylmorphin genannt, entsteht durch eine Synthese von Morphin und Essigsäureanhydrid (Thomas Hengartner, 1999, S. 202). Das Methadon ist ein vollsynthetischer Stoff, welcher ebenfalls eine morphinanalogue Wirkung aufweist (Drogeninfo Heroin, ohne Datum, S. 1). In der untenstehenden Tabelle ist zu erkennen, dass Opiumalkaloide, Opiumderivate und Methadon die morphinartige Wirkung aufweisen.

Begriffe	Produkte
Primäre Pflanzenstoffe	Kohlenhydrate, Fett, Eiweisse
Sekundäre Pflanzenstoffe	Alkaloide, Gerbstoffe, Bitterstoffe usw.
Opiate	Opiumalkaloide
Opiumalkaloide	Morphium, Codein, Tabain usw.
Opiumderivate	Heroin/Diacetylmorphin/Diaphin®

Tabelle 1: Vereinfachte Darstellung zur Übersicht von Inhaltsstoffen und Produkte der Mohnblume (eigene Darstellung)

Das Derivat Heroin, auch Diaphin® genannt, hat besondere Bedeutung in der vorliegenden Arbeit. Aus diesem Grund wird hier zur Verdeutlichung eine kurze Übersicht zur Herstellung von Heroin gegeben.

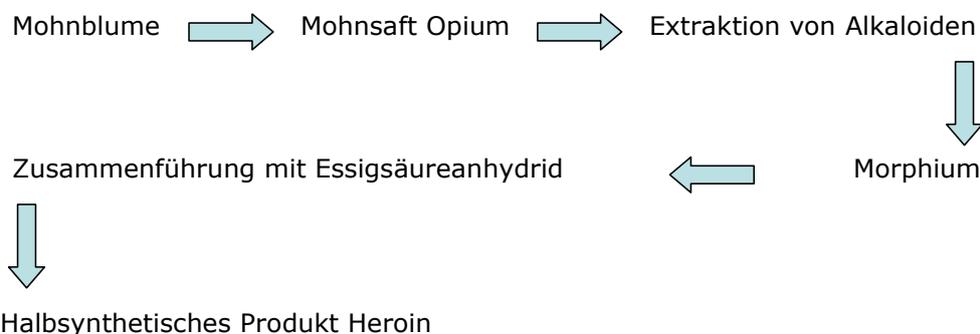


Abbildung 3: Vereinfachte Darstellung zur Herstellung von Heroin (eigene Darstellung)

Das Ausgangsprodukt ist die Mohnblume, aus der durch mehrere chemische Verarbeitungsschritte und Zugabe von anderen Substanzen das Produkt Heroin gewonnen wird.

1.4.2 Die Wirkung der Opioiden

Unmittelbar nach dem Konsum lösen die Opioiden im menschlichen Körper viele Reaktionen aus. Einige sind gewollt, andere ungewollt. Zu den von der konsumierenden Person gewünschten Wirkungen zählt die euphorisierende, schmerzhemmende Wirkung. Es entsteht ein rauschähnlicher Zustand und ein Gefühl der Wärme, Entspannung und Geborgenheit macht sich breit. Negative Gefühle können in diesem Zustand nicht verspürt werden. Opioidabhängige Menschen bezeichnen diesen Zustand als Eintritt ins persönliche Paradies, Fachpersonen als Realitätsflucht. (Haller, 2007, S. 55-58) Dieser Zustand hält je nach Wirkungshalbwertszeit der konsumierten Substanz an. Heroin verliert nach fünf bis acht Stunden die Hälfte seiner Wirkung, Methadon nach 24 bis 36 Stunden (Seidenber, 1998, S. 46). Das heißt, dass eine Substanz immer wieder konsumiert werden muss, damit der gewünschte Effekt erhalten bleibt.

Die unerwünschten Opioideffekte betreffen in erster Linie die abhängigkeiterzeugende Wirkung. Die damit verbundenen Folgen werden im Kapitel 1.7 „Auswirkungen des Opioidabhängigkeitssyndroms“ verdeutlicht. Ebenfalls können eine träge Verdauung, Verstopfung, Harnverhalt und Herz-Kreislaufprobleme, Übelkeit, Pupillenengstellung, Herzfrequenzsenkung, Atemdepression, epileptische Anfälle, starkes Schwitzen, Libidoverlust und Schlafstörungen als Nebenwirkungen auftreten (Seidenberg, 1998, S. 63-67). Psychomotorische Verlangsamung und Einschränkungen des Urteilsvermögens, Benommenheit bis Koma, verwaschene Sprache und Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- oder Wahrnehmungsstörungen sind weitere unerwünschte Symptome (Sass, 1998, S. 125). Eine Überdosierung der Opioidmenge kann eine schwere Atemdepression, Unterversorgung des Organismus mit Sauerstoff, massive Senkung der Herzfrequenz und der Körpertemperatur verursachen und zum Tode des Menschen führen (Dilling, 2006, S. 74).

1.4.3 Der Opioidentzug

Der menschliche Organismus gewöhnt sich sehr schnell an die Opioiden und stellt sich darauf ein. Umso verheerender sind die Entzugssymptome, wenn ein opioidabhängiger Mensch seine gewohnte Dosis reduziert, absetzt oder nicht konsumieren kann. Bereits nach wenigen Stunden treten psychische und physische Entzugserscheinungen auf und können sich über mehrere Tage hinweg ziehen. (Haller, 2007, S. 26) Die Entzugssymptome können dysphorische Stimmung, Unruhe, Übelkeit, Erbrechen, Muskelschmerzen, Tränenfluss oder Niesen, Pupillenerweiterung, Gänsehaut oder Schwitzen, Durchfall, Gähnen, Fieber oder Schlaflosigkeit beinhalten (Seidenber, 1998, S. 73). In dieser Phase ist das „Craving“, das absolute Verlangen nach dem Opioid, besonders stark. Alle anderen Bedürfnisse werden dem Opioidkonsum unterstellt. Das sogenannte Paradies will wieder erreicht und die quälenden Entzugssymptome

ausgeschaltet werden. In einem solchen Zustand kann der Mensch unberechenbar werden und sehr viel tun, um an seine Opioiddosis zu gelangen. (Haller, 2007, S. 28) Die Folgen des Opioidentzugs können das Wohlbefinden des betroffenen Menschen massiv beeinträchtigen und ihn in sämtlichen Lebensbereichen einschränken.

1.5 Doppeldiagnosen

Doppeldiagnosen sind ein häufig auftretendes Phänomen bei opioidabhängigen Menschen. Das folgende Kapitel gibt Informationen darüber, was Doppeldiagnosen sind und welche Auswirkungen diese auf das Leben der betroffenen Menschen haben können.

1.5.1 Die Definition der Doppeldiagnose

Die Doppeldiagnose stellt einen Spezialfall der Komorbidität dar, die das gleichzeitige Auftreten zweier verschiedener Erkrankungen bezeichnet. Unter „Doppeldiagnose“ wird das zeitgleiche Auftreten einer psychischen Störung und einer Substanzstörung bei einer Person verstanden. Unter die Bezeichnung „Psychische Störung“ fallen unter anderem Diagnosen wie Angststörungen, Depressionen, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen. Die „Substanzstörung“ ist bedingt durch den Missbrauch oder die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. (Franz Moggi, 2002, S. 16-17)

1.5.2 Opioidabhängigkeit und psychische Erkrankung

Die beiden Schweizer Forscher Frei und Rehm haben im Jahre 2002 16 verschiedene Studien zusammengefasst, bei welchen insgesamt 3754 opioidabhängige Menschen beteiligt waren. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass 47-97% der betroffenen Menschen mindestens eine Doppeldiagnose aufweisen, davon 26-68% eine Persönlichkeitsstörung, 14-54% eine affektive Störung und 5-49% eine Angststörung. (Salzburger Universitätsklinikum, 2008, S. 38-40) Andere Studien zeigen, dass bei einer Opioidabhängigkeit 65.2% und bei einer Kokainabhängigkeit 76.1% der Betroffenen eine Doppeldiagnose aufweisen (Bundesamt für Gesundheit, 2000, S. 67). Von den psychischen Erkrankungen sind vor allem Frauen und jüngere Menschen betroffen, die einen geringeren sozioökonomischen Status haben (Salzburger Universitätsklinikum, 2008, S. 11). Auf die Ursachen für dieses vermehrte Auftreten bei bestimmten Personen- oder Merkmalsgruppen wird an dieser Stelle nicht eingegangen. In der vorliegenden Arbeit ist es vor allem zentral, zu sehen, zu welchen Symptomen es im Zusammenhang mit psychischen Störungen kommen kann, und auf was demzufolge besonders geachtet werden sollte. Mit diesem Wissen kann in Beratungssituationen gezielter auf die opioidabhängige Person eingegangen werden. Wie diese Umsetzung im Konkreten aussieht, wird im Kapitel 5 „Konkrete Beratungsansätze“ aufgezeigt.

In der untenstehenden Tabelle werden die am häufigsten Krankheiten kurz beschrieben. Im ICD-10 sind die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (PS) im Kapitel F6 (Dilling, 2006, S. 151-156), die affektiven Störungen bei F3 (S. 101-106) und die neurotischen Störungen bei F4 (Dilling, 2006, S. 117-121) behandelt. Diese Tabelle ist nicht abschliessend, doch zeigt sie wichtige Symptome, die in der Beratungstätigkeit berücksichtigt werden müssen.

Krankheitsbild	generelle Symptome
<p>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (PS)</p> <p>- paranoide PS</p> <p>- schizoide PS</p> <p>- dissoziale PS</p> <p>- emotional instabile PS</p>	<p>Bei Persönlichkeitsstörungen handelt es sich um Störungen in der Beziehung und nicht in der Persönlichkeit. Sie sind also zwischenmenschliche Beziehungsstörungen und entstehen in der Biographie eines Menschen als Strategien für schwierige Interaktionssituationen. Dadurch bilden sich Schemata hinsichtlich der eigenen Persönlichkeit und der Beziehung zu anderen Menschen aus und es werden Strategien angewendet, um die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Diese Strategien können von unterschiedlicher Natur und teilweise sehr manipulativ sein. Dieses Verhalten verursacht Kosten für den betroffenen Menschen, wobei er die Ursachen für diese Kosten nicht in seinem Handeln sieht. Die Störungen zeigen sich folgendermassen: Die Erfahrungs- und Verhaltensmuster weichen deutlich vom Erwartbaren ab. Das zeigt sich, indem die Betroffenen etwa Situationen und Menschen nicht der Norm entsprechend bewerten und interpretieren. Zudem können die Gefühle auf einer grossen Bandbreite schwanken und sich durch eine hohe Intensität und Instabilität auszeichnen. Es kann eine hohe emotionale Reizbarkeit vorherrschen und die Impulskontrolle sowie die Bedürfnisbefriedigung können für den betroffenen Menschen schwer kontrollierbar sein. Das Krankheitsbild entwickelt sich im späten Kindesalter oder in der Pubertät und dauert über eine lange Zeit stabil an. Die Betroffenen verhalten sich unangepasst und unzweckmässig in persönlichen und sozialen Situationen, was Kosten und einen hohen persönlichen Leidensdruck verursachen. (Rainer Sachse, 2006, S. 12-43)</p> <p>Grosses Misstrauen gegenüber anderer Menschen und feindliche Interpretation von Situationen. Gedanken, dass alle einem Schaden zufügen wollen. Selbstbezogenheit und Überheblichkeit.</p> <p>Emotionale Kühle und Distanziertheit. Introvertiertheit und Abwendung von anderen Menschen.</p> <p>Verantwortungslose Haltung gegenüber sozialen Normen und Regeln. Geringe Frustrationstoleranz und fehlende Empathie andern Menschen gegenüber.</p> <p>Störungen im Selbstbild, wenig Kontrollfähigkeit über Gefühle, Impulsivität, starke Stimmungsschwankungen, selbstschädigendes Verhalten.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - histrionische PS - anarkastische PS - ängstliche PS - abhängige PS 	<p>Neigung zur Selbstdarstellung und grosse Selbstbezogenheit. Oberflächlichkeit und Beeinflussung von anderen Menschen.</p> <p>Perfektionismus und übermässige Leistungsbezogenheit. Konsequente Verfolgung sozialer Normen. Person verlangt dies von sich und anderen.</p> <p>Gefühl der andauernden Besorgtheit und Minderwertigkeitsgefühle. Angst, von anderen Menschen nicht akzeptiert zu werden.</p> <p>Bedürfnis, Verantwortung abzugeben und andere Entscheidungen für sich treffen zu lassen. Somit werden die eigenen Bedürfnisse zu Gunsten der anderen Person untergeordnet.</p>
<p>Affektive Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> -manische Episoden - depressive Episoden - bipolare affektive Störung 	<p>Deutlich gehobene Stimmungslage mit gesteigerter Aktivität, Gesprächigkeit, reduziertem Schlafbedürfnis, Konzentrationsschwierigkeiten, Ruhelosigkeit und gesteigerter Libido, Selbstüberschätzung und Grössenwahn. Hinzukommen können psychotische Symptome wie Wahnideen oder Halluzinationen.</p> <p>Interessensverlust, Freudlosigkeit, gedämpfte Emotionalität, Schlafstörungen, Morgentief, Antriebslosigkeit, Appetit-, Gewicht- und Libidoverlust, vermindertes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Konzentrationsstörungen, Selbstvorwürfe und Schuldgefühle, Suizidgedanken bis Suizidhandlung.</p> <p>Die manischen und depressiven Episoden wechseln sich gegenseitig in bestimmten Zeitintervallen in wellenförmigen Bewegungen ab.</p>
<p>Neurotische Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angststörungen - Zwangsstörungen 	<p>Unbegründete Ängste vor Dingen oder Situationen. Die Betroffenen wissen, dass die Angst übermässig ist.</p> <p>Sich wiederholende Zwangsgedanken, Zwangshandlungen usw. Die Betroffenen können die Zwänge selbst wenig kontrollieren.</p>

Tabelle 2: Zusammenstellung von Symptomen bei psychischen Krankheitsbildern (eigene Darstellung in Anlehnung an Dilling, 2006, S. 101-156)

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass die psychischen Erkrankungen sich in ganz unterschiedlichen Symptomen zeigen können. Gemeinsam mit den opioidbedingten Wirkungen ergibt sich ein hochkomplexes Erscheinungsbild, das besondere Aufmerksamkeit in der Beratungstätigkeit erfordert, wie im Kapitel 5 „Konkrete Beratungsansätze“ gezeigt wird.

1.5.3 Die Entstehung der Doppeldiagnosen

Es gibt einige Erklärungsansätze, wie es zu einer Doppeldiagnose kommen kann. Die drei wichtigsten Varianten zur Entstehung der Doppeldiagnosen werden hier gemäss Elke Brusa (2008, S. 5) aufgeführt. Die Nummerierung der Varianten sagt nichts aus über Wichtigkeit oder Häufigkeit des Auftretens.

Variante 1	Die psychische Erkrankung ist substanzindiziert. Aufgrund des Substanzkonsums kommt eine psychische Erkrankung zum Vorschein. Dabei ist oft nicht festzustellen, ob eine Veranlagung zur psychischen Krankheit bereits vor dem Substanzkonsum vorhanden war, aber erst durch diesen zum Ausdruck kommt, oder nicht.
Variante 2	Die psychische Erkrankung ist nicht substanzindiziert. Die Erkrankung ist bereits vor dem Substanzkonsum in Erscheinung getreten. Die Substanz ist oft ein Mittel, um die Symptome und Effekte der psychischen Erkrankung zu lindern. Dies ist die Hypothese der Selbstmedikation.
Variante 3	Es kann nicht mehr festgestellt werden, welches der beiden Störungsbilder zuerst aufgetreten ist. Beide haben gemeinsame Ursachen.

Tabelle 3: Varianten zur Entstehung der Doppeldiagnosen (Brusa, 2008, S. 5)

Hier gilt wiederum, wie bereits im Kapitel 1.3.1 „Multifaktorielles Ursachenmodell“, dass die Entwicklung einer Doppeldiagnose ganz individuelle Ursachen haben und diese bei jedem Menschen unterschiedlich aussehen können. Auch die Ausprägung und der Schweregrad des Erscheinungsbildes der Doppeldiagnose sind different.

1.6 Polytoxikomanie

Nur wenige Menschen sind rein opioidabhängig, genaue Zahlen zur Epidemiologie der Polytoxikomanie sind nicht bekannt. Laut Nataliya Kotovenko, Assistenzärztin im Drop-in (Gespräch vom 29. Juni 2009) geht man in der Praxis davon aus, dass die allermeisten opioidabhängigen Menschen eine ganze Reihe von verschiedenen Substanzen konsumieren. Dazu gehören unter anderem Nikotin, Alkohol, Aufputzmittel, Beruhigungsmittel und Kokain. Welche Beweggründe dahinter stehen, wird in diesem Kapitel aufgezeigt.

1.6.1 Die Definition der Polytoxikomanie

Laut Bundesamt für Gesundheit (2000, S. 54) bezeichnet die Polytoxikomanie die nicht zwingend zeitgleiche aber parallele Einnahme von verschiedenen Substanzen. Dabei entsteht nebst den Opioiden ein problematischer Beikonsum von Benzodiazepinen, Alkohol und Kokain. Das polytoxikomane Konsummuster verhält sich meist sehr stabil. Durch den unkontrollierten Konsum verschiedener Substanzen können Intoxikationszustände auftreten, die sofortige medizinische Interventionen notwendig machen.

1.6.2 Die Wechselwirkung von Substanzen und körperlichen Auswirkungen

Durch die Einnahme von Opioiden werden die normalen Regelmechanismen im Körper beeinträchtigt. Wie im Kapitel 1.4.2 „Wirkung der Opioide“ gezeigt, gibt es verschiedene Auswirkungen, welche durch den Konsum und Entzug der Opioide entstehen können. Der menschliche Organismus sieht sich mit vielen Störungen konfrontiert und kann oft nicht mehr adäquat darauf reagieren. Um die Bedürfnisse zu regulieren, wie beispielsweise schlafen zu können, bedient sich der opioidabhängige Mensch deshalb anderer Substanzen und versucht damit, ein Gleichgewicht in die sonst natürlichen Körperfunktionen zu bringen. (Haller, 2007, S. 37) Zusätzlich lösen die psychischen Erkrankungen, gesehen im Kapitel 1.5 „Doppeldiagnosen“, Symptome aus, die ebenfalls mit den verschiedenen Substanzen im Sinne einer Selbstmedikation behandelt werden. Welche Substanzen wie wirken und welche Regelfunktionen sie übernehmen, wird nachfolgend aufgeführt.

Alkohol

Der Alkohol hat eine enthemmende, antidepressive und angstmindernde Wirkung. Somit kann beispielsweise ein opioidabhängiger Mensch mit einer Angststörung mit dem Konsum von Alkohol seine Ängste kontrollieren, bzw. unterdrücken. Dies erlaubt ihm, angstbedingte Vermeidungsstrategien, etwa das Meiden von Menschenansammlungen, zu umgehen. (Moggi, 2002, S. 74) Alkohol kann aber wiederum eigenen Nebenwirkungen mit sich bringen, wie Übelkeit, Erbrechen, Schlafstörung, Leberschäden. (Seidenberg, 1998, S. 179)

Benzodiazepin	Dieser Wirkstoff ist in Medikamenten wie Valium [®] , Dromicum [®] oder Rohypnol [®] enthalten. Bei der Einnahme kann der Mensch einen angstlösenden, beruhigenden, entspannenden, schlaffördernden Effekt erwarten. Benzodiazepine werden geschätzt, weil sie für diverse Symptome von psychischen Erkrankungen und unangenehmen Nebenwirkungen von Opioiden Linderung bieten. Ebenfalls helfen Benzodiazepine, unangenehme Wirkungen von Kokain, wie Unruhe oder Paranoia zu dämpfen. Doch Benzodiazepine eine abhängigkeiterzeugende Wirkung, Entzugssymptome sind Unruhe, Schlaflosigkeit und Angstsymptome. (Seidenberg, 1998, S.176-179)
Kokain	Auf ein anfängliches Stärke- und Glücksgefühl folgen Ängste, Wahnvorstellungen und Hoffnungslosigkeit. Ungefähr 50% der kokainkonsumierenden Menschen nehmen zusätzlich Opioid und Benzodiazepine zu sich, um die unangenehmen Folgen des Kokains zu dämpfen. (Seidenberg, 1998, S. 184)

Tabelle 4: Die Regelfunktion bestimmter Substanzen (eigene Tabelle)

1.7 Auswirkungen des Opioidabhängigkeitssyndroms

So individuell die Ursachen, der Verlauf und die zusätzlichen psychischen Erkrankungen sind, so einzigartig sind auch die Folgen, die ein Abhängigkeitssyndrom auslösen kann. Jeder Mensch mit seinen eigenen Ressourcen und Fähigkeiten hat einen anderen Umgang damit und so zeigen sich auch die Folgen in unterschiedlicher Weise. Verfügt ein opioidabhängiger Mensch über positive und für ihn nutzbare Ressourcen, kann es durchaus sein, dass er ein der Norm entsprechendes Leben führen kann und in der Gesellschaft nicht als opioidabhängiger Mensch auffällt.

In einigen Fällen sind die opioidabhängigen Menschen einer vom Staat anerkannten heroïn- und methadongestützten Behandlung angeschlossen. Im Art. 8 Abs. 7 Betäubungsmittelgesetz ist die Regelung zur ärztlichen Verschreibung von Heroïn und Methadon festgelegt (Mösch, 2006, S. 14). Diese Massnahmen können die Folgen der Opioidabhängigkeit abschwächen oder teilweise verhindern. Trotzdem sehen sich viele opioidabhängige Menschen mit einer ganzen Palette schwieriger Lebenssituationen konfrontiert. Es entsteht ein Strudel von sich anhäufenden Problemen, die nicht adäquat bewältigt werden können. Daraus erfolgt eine sich nach unten drehende Spirale, eine sogenannte Suchtkarriere (Haller, 2007, S. 67). Hier gilt wiederum, dass jede Lebenssituation individuell ist und sich in unterschiedliche Richtungen entwickeln kann. Einige mögliche Folgen werden nachfolgend dargestellt.

Das Wesen der Opioidabhängigkeit liegt darin, dass die Substanz das Leben dominiert und es zu einem Autonomieverlust des Menschen kommt. Nicht er bestimmt die Abläufe des Lebens, sondern das Opioid. Damit wird der Mensch in seinen Freiheiten enorm

eingeschränkt. (Haller, 2007, S. 24) Wenn von den ICD-10 Kriterien (2004, S. 79) ausgegangen wird, dann richten sich Lebensinhalt und Lebensinteressen sich nach dem Opioid aus. Das Verlangen und der Zwang zum Konsum sind nur in den seltensten Fällen kontrollierbar und das Konsumieren der Substanz kann oberste Priorität im Leben des Menschen erhalten. Durch das daraus resultierende Verhalten und die Prioritätenverschiebung kann es zu diversen Folgeproblemen kommen.

Familiäre Probleme können entstehen, wenn die Beziehungen durch das Verhalten des opioidabhängigen Menschen belastet werden. Verharmlosung, Vertrauensmissbrauch und Verleugnung des Konsums können Gründe dafür sein. Die Verleugnung kann eine Bewältigungsstrategie sein, um die Realität besser darzustellen (Haller, 2007, S. 176). Aufgaben und Pflichten können vernachlässigt werden, wie etwa die Kinderbetreuung. Durch die Probleme und Verhaltensmuster kann es zu häuslicher Gewalt oder Scheidung kommen. (Rolf Fengler, 2002, S. 506)

Durch die Rauschzustände und die Substanzbeschaffung kann sich der opioidabhängige Mensch weniger auf andere Aufgaben konzentrieren. Daraus können Probleme in der Schule, in der Ausbildung oder am Arbeitsplatz resultieren. Mangelnde Schulbildung, kein Lehrabschluss oder das Kündigen eines Anstellungsverhältnisses können grosse Auswirkungen auf den sozioökonomischen Status einer Person haben. Eine finanzielle Abhängigkeit von der Familie, von Freunden oder vom Staat kann die Folge sein. (Fengler, 2002, S. 506) Grosse finanzielle Mittel werden aber für die Beschaffung der Opioide und der anderen Substanzen gebraucht. Schulden, Beschaffungskriminalität, wie Prostitution, und kriminelles Verhalten sind deshalb oft wichtige Themen. Die Illegalität der Handlungen wird entsprechend geahndet. Es kommt beispielsweise zu Geldbussen, Aufenthalt in psychiatrischen Entzugskliniken oder Gefängnisstrafen. Die finanziellen Engpässe können auch Auswirkungen auf die Wohnsituation haben. 50% der Betroffenen leben in ungesicherten Wohnverhältnissen. (Fengler, 2002, S. 506-507)

Den nicht stoffgebundenen Bedürfnissen wird nur noch wenig Beachtung geschenkt. Eine soziale Verwahrlosung droht. Beziehungen werden noch soweit gepflegt, wie sie den eigenen Konsumbedürfnissen dienlich sind. Die Beziehungen sind oft von einer gegenseitigen Abhängigkeit geprägt. Sozialkontakte gehen verloren und der betroffene Mensch gerät immer mehr in eine Isolation und Exklusion von der gesellschaftlichen Teilnahme. (Fengler, 2002, S. 506)

Durch den Konsum können physische Erkrankungen auftreten, dies einerseits ausgelöst durch die konsumierten Substanzen, andererseits durch die Konsumform und die Konsumumstände. Hepatitis-Infektionen, HIV-Infektionen und AIDS, Abszesse und Lungenentzündung sind mögliche Auswirkungen. Ebenfalls kann es zu einer körperlichen Verwahrlosung kommen, weil nicht mehr auf die Körperhygiene oder eine ausreichende Ernährung geachtet wird. (Seidenberg, 1998, S. 197-201). Es können auch Depressionen, Angstzustände oder suizidale Neigungen auftreten. (Fengler, 2002, S. 506)

Das oberste Ziel ist, mit Hilfe der Opiode einen Rauschzustand zu erleben, der für einige Zeit hilft, aus der Realität zu entfliehen und alle Sorgen hinter sich zu lassen. In diesem Zustand erhält der opioidabhängige Mensch das Glück, die Geborgenheit und die Belohnung, die er sonst im Alltag nicht findet. Seine Probleme scheinen in der Realität kaum bewältigbar zu sein. Der einzige Ausweg besteht in deren Ausschaltung durch den Opioidkonsum. Das Finden und Konsumieren der Opiode bringt Probleme mit sich. Sie und andere abhängigkeiterzeugende Substanzen, wie beispielsweise Kokain, unterstehen dem Betäubungsmittelgesetz. Sämtliche Handlungen damit sind illegal, somit auch der Konsum. Sie sind also nicht frei zugänglich (Mösch, 2006, S. 13). Hinzu kommt der Fakt, dass immer eine höhere Dosis konsumiert werden muss, um die gewünschte Wirkung zu erhalten und die Flucht ins Paradies zu schaffen (Haller, 2007, S.25). Und die Folgen, wenn das Opioid nicht zum erwünschten Zeitpunkt zur Verfügung steht, sind schwerwiegend. Die Entzugserscheinungen, gesehen im Kapitel 1.4.3 „Der Opioidentzug“, haben gravierende Auswirkungen auf die Lebensqualität. Zudem wird eine wirkliche Verarbeitung der Probleme und Neustrukturierung des Lebens durch den ständigen Opioidkonsum verunmöglicht. (Haller, 2007, S. 41- 58)

1.8 Zusammenfassung des Kapitels

Das Klassifikationssystem ICD-10 dient dieser Arbeit als Grundlage für die Definition des Abhängigkeitssyndroms. Diagnosen sollen nicht zur Stigmatisierung, sondern zur Orientierung gebraucht werden sollen. Sie geben Auskunft über auftretende Symptome und sollen laufend kritisch überprüft und Situationsveränderungen des Menschen angepasst werden. Charakteristisch für ein Abhängigkeitssyndrom ist der starke Wunsch nach dem Konsum der Substanz, die Einschränkung der Kontrollfähigkeit über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums, die Toleranzentwicklung und Dosissteigerung, die Vernachlässigung von anderen Lebensbereichen und das Weiterführen des Konsums trotz Auftreten von schädlichen Folgen.

Bis eine Abhängigkeit von einer Substanz auftritt, müssen verschiedene Stufen durchlaufen werden. Nicht jeder Substanzkonsum muss zwangsläufig zu einer Abhängigkeit führen. Dies ist von verschiedenen Faktoren abhängig, wie im Multifaktoriellen Ursachenmodell zu erkennen ist. Dazu gehören Faktoren der Persönlichkeit des Menschen, sein soziales Umfeld, die gesellschaftlichen Bedingungen und die Eigenschaften der konsumierten Substanz. Zudem spielt das Belohnungssystem eine zentrale Rolle bei einer Abhängigkeitsentwicklung. Der durch die konsumierte Substanz ausgelöste Belohnungsreiz ist übermässig stark und vermittelt durch Neurotransmitter im Gehirn überwältigende Glücksgefühle. Diese Gefühle sind so dominant, dass alle anderen Wünsche oder Bedürfnisse in den Hintergrund gestellt werden. Besonders Opiode können sehr schnell einen solchen Belohnungsreiz aktivieren. Der Opioidkonsum hat somit grosses Potential, eine Abhängigkeit auszulösen.

Opiode sind Substanzen, die mit ihrer morphinanalogen Wirkung Gefühle des Glücks, Wärme, Entspannung und Geborgenheit auslösen können. Daraus kann ein rauschähnlicher Zustand generiert werden, in dem der Mensch alle negativen Gefühle verdrängen kann. Dies wird auch als Realitätsflucht bezeichnet. Nebst der gewollten

Wirkung der Opiode treten Nebenwirkungen auf, welche bis zum Tode führen können. Der Entzug der Opiode hat schwere psychische und physische Auswirkungen und löst beim opioidabhängigen Menschen ein fast unkontrollierbares Verlangen nach der Substanz aus.

Das gleichzeitige Auftreten einer Substanzstörung und einer psychischen Erkrankung wird als Doppeldiagnose bezeichnet. Vor allem Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, affektive Störungen und Angststörungen treten häufig in Kombination mit einer Opioidabhängigkeit auf. Die Symptome, die durch die psychischen Störungen auftreten, bewegen sich innerhalb einer grossen Bandbreite von Instabilität und Impulsivität des Gefühlserlebens, über Störungen im Denken und im Selbstbild und bis hin zu einer differierten Wahrnehmung der Umgebung und der Mitmenschen. Die Doppeldiagnose kann substanzindiziert sein, muss aber nicht. Ebenfalls möglich ist, dass die Substanzstörung und die psychische Erkrankung gemeinsame Ursachenfaktoren haben.

Die Polytoxikomanie bezeichnet das parallele Konsumieren verschiedener Substanzen, wie etwa Opiode, Alkohol, Benzodiazepine oder Kokain. Die eingenommenen Substanzen dienen einerseits zur Regulierung substanzinduzierter körperlicher Funktionsstörungen, andererseits zur Linderung von Substanznebenwirkungen oder psychischen Symptomen, die von der Doppeldiagnose her stammen. Mit chemischen Substanzen wird somit versucht, ein künstliches Gleichgewicht im menschlichen Körper und dessen psychischen Zustand zu bringen.

Der Opioidkonsum hat weitreichende Folgen für das Leben des betroffenen Menschen. Die Erlangung der Opioidwirkung erhält oberste Priorität. Durch diese Prioritätenverschiebung und die Wirkung der Opiode ändern sich die Verhaltensweisen des betroffenen Menschen. Familiäre Probleme, Schwierigkeiten im beruflichen Bereich, finanzielle Sorgen, psychische und physische Folgeschäden, Verlust von der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und gesetzwidrige Handlungen können die Folgen sein, die sich negativ auf das Lebensgefühl und die Lebensqualität auswirken.

Nicht bei allen opioidabhängigen Menschen müssen die Folgen des Konsums dramatisch sein. Je nach für sie nutzbaren Ressourcen und Fähigkeiten haben sie Strategien, mit schwierigen Lebenssituationen umzugehen und diese zu bewältigen.

2 Die Trauer

Um später Rückschlüsse auf die Ausgestaltung der Trauerarbeit bei opioidabhängigen Menschen ziehen zu können, behandelt dieses Kapitel die Trauerarbeit zuerst allgemein. So kann ein Verstehen der Trauerreaktionen und Klarheit über das Ziel der Trauer und der Trauerarbeit geschaffen werden. Dieses Kapitel beschäftigt sich deshalb zuerst mit der Definition von Trauer und zeigt danach mögliche Auswirkungen in fünf Reaktionsbereichen auf. In einem dritten Teil werden Erklärungs-, Phasen- und Aufgabenmodelle der Trauer dargestellt, um die Fragen zu klären, weshalb Trauerreaktionen auftreten und wann der Trauerprozess als abgeschlossen bezeichnet werden kann. Die Auswahl der Modelle zur Trauer geschieht dabei aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit, sollen die Schlüsse aus diesem Kapitel doch später auf deren Hintergrund weiterverwendet werden. Der vierte Teil behandelt schliesslich die Trauerarbeit, welche auf den Überlegungen der vorhergehenden Teilkapitel gründet. Bevor das Kapitel zusammengefasst wird, beschäftigt sich das fünfte Teilkapitel mit der Frage, wann eine Trauerreaktion als kompliziert, bzw. pathologisch (krankhaft) bezeichnet werden muss.

2.1 Definition der Trauer

In Anlehnung an Sigmund Freud definiert Kerstin Lammer (2006, S. 31) Trauer wie folgt:

„Trauer ist regelmässig die Reaktion auf einen Verlust, speziell auf den Verlust einer signifikanten Person.“

Durch diese Definition wird ausgedrückt, dass Trauer grundsätzlich die Reaktion auf ein Verlusterlebnis beschreibt. In der vorliegenden Arbeit wird Trauer aus Gründen der Einschränkung, wie bei Lammer, ausschliesslich in Zusammenhang mit dem Tod eines nahe stehenden Menschen betrachtet. Die Definition von Lammer zeichnet sich in zweierlei Hinsicht aus: Einerseits hält sie mit dem Ausdruck „regelmässig“ die Normalität der Trauer fest. Andererseits ist die Definition weit genug gehalten, so dass die grosse Vielfalt an Trauerreaktionen darin Platz findet. (Lammer, 2006, S. 32 – 35)

Nach Ansicht der Autorinnen muss diese Definition jedoch um weitere Aspekte ergänzt werden. Zum einen ist dies die Prozessartigkeit der Trauerreaktion, durch die der zeitliche Aspekt Eingang in die Definition findet. Wie im Kapitel 2.4 „Modelle zur Trauer“ gezeigt wird, handelt es sich bei der Trauer nicht um eine einmalige Reaktion, sondern um eine Aneinanderreihung verschiedenster Reaktionen. Diese führen, und das ist der zweite in der Definition fehlende Aspekt, zum Ziel der Trauer, wie später in den Kapiteln 2.4 „Modelle zur Trauer“ und 3 „Die Lebenssituation trauernder opioidabhängiger Menschen“ aufgezeigt: Der trauernde Mensch passt sich der veränderten sozialen Umwelt

an. Dies beinhaltet jegliche Form der Anpassung, von der Neuorganisation lebenspraktischer Notwendigkeiten bis hin zur emotionalen Neuorientierung. Erfolgt keine oder eine unvollendete Trauer, so wird dieses Ziel nicht oder nur teilweise erreicht. Dies kann zu schwerwiegenden sozialen Problemen und, wie im Kapitel 2.3 „Pathologische Entwicklung der Trauer“ thematisiert, zu psychischen und physischen Erkrankungen führen.

2.2 Auswirkungen der Trauer

Nicht jeder Mensch reagiert in gleicher Weise auf den Verlust eines ihm nahe stehenden Menschen, trotzdem können zahlreiche emotionale, kognitive und somatische Muster und einige Wahrnehmungs- und Verhaltensänderungen als typische Reaktionen auf Trauersituationen bezeichnet werden. Dieses Teilkapitel macht deutlich, wie verschieden die Reaktionen auf den Tod eines nahen Menschen ausfallen können. Es vermittelt damit einen Eindruck von den möglichen Eigenschaften Trauernder. Aufgrund der angesprochenen Individualität der Trauerreaktion wird auf eine geschlechterspezifische Betrachtung verzichtet.

In Anlehnung an Bettina Brunstein (2007, S. 11-28) sind nachfolgend die häufigsten Reaktionen aufgelistet und kurz erläutert, wenn nach Ansicht der Autorinnen weiterer Erklärungsbedarf besteht. Der Übersicht halber sind sie in emotionale Reaktionsmuster, kognitive Gedankenmuster, somatische Reaktionsmuster, Wahrnehmungs- und Verhaltensänderungen gegliedert.

2.2.1 Emotionale Reaktionsmuster

Trauer kann eine Vielzahl verschiedener Gefühle auslösen, die oft in Kombination, jedoch nicht bei jedem Menschen in derselben Weise auftreten. Ein Teil der Gefühle wird gesellschaftlich erwartet, andere verstanden, wieder anderen wird hingegen Unverständnis entgegengebracht oder sie werden tabuisiert.

- Schmerz und Traurigkeit
- Zorn und Wut

Bezüglich Zorn und Wut können drei Formen unterschieden werden: Einerseits kann die Wut sich auf die Person beziehen, die als Verschuldnerin/Verschuldner des Todesfalls angesehen wird. Davon kann die Wut auf die verstorbene Person selbst unterschieden werden, die insbesondere dann auftritt, wenn der Tod nach Ansicht der Hinterbliebenen vermeidbar gewesen wäre, z.B. bei selbstverschuldeten Unfällen, Suizid. Drittens können Wut und Zorn von Hinterbliebenen als Strategie zur Vermeidung anderer Gefühle, insbesondere der Angst, herangezogen werden.

- Schuld

Auftretende Schuldgefühle von Hinterbliebenen können den Tod der verstorbenen Person oder die Beziehung zu ebendieser betreffen. Schuldgefühle werden von Hinterbliebenen oft nicht angesprochen, weil sie nicht mit dem Verständnis ihrer Umwelt rechnen.

- Scham
Scham kann vor allem auftreten, wenn die Todesursache oder -umstände in unserer Gesellschaft stigmatisierte oder tabuisierte Themen darstellen, etwa bei Suizid, Abhängigkeitssyndrom oder AIDS.
- Erleichterung, Befreiung
Zwei Situationen begünstigen die Trauerreaktion mit einem Gefühl der Erleichterung und/oder Befreiung. Einerseits kann der Tod selber, beispielsweise nach langer schwerer Krankheit, als Befreiung angesehen werden. Andererseits können sich Hinterbliebene durch den Wegfall der Beziehung zur verstorbenen Person neue Möglichkeiten eröffnen.
- Angst/Hilflosigkeitsempfinden
- Verlassenheit, Einsamkeit
- Betäubung
- Schock
- Müdigkeit/Teilnahmslosigkeit/Apathie
- Sehnsucht

2.2.2 Kognitive Gedankenmuster

Neben den emotionalen Reaktionen beschäftigen viele Trauernde auch typische kognitive Gedankenmuster.

- Dysfunktionale Gedanken
Dysfunktional sind Gedanken zur verstorbenen Person oder der Trauersituation allgemein, die neben der Trauer als Basisemotion weitere Emotionen wie Schuld, Ärger, Angst oder Scham hervorrufen. Als Beispiel sei hier die Überlegung „Ich müsste schon lange über den Tod hinweg sein, irgendwie bin ich doch nicht ganz normal“ genannt.
- Verleugnung
Verleugnung des Todesfalls dient Hinterbliebenen dazu, eine Überflutung mit Emotionen zu vermeiden.
- Rumination
Rumination meint das ständige Nachdenken (Grübeln) über die verstorbene Person und deren Tod.
- Gedankenleere oder Gedankenrasen
- Gedanken zum Thema Sinn des Lebens und religiöser Glauben

2.2.3 Somatische Reaktionsmuster

Somatische Reaktionsmuster bezeichnen die körperliche Reaktion von Hinterbliebenen auf den Verlust einer nahe stehenden Person. Folgende Reaktionsmuster können in Trauerfällen auftreten:

- Nervöse Störung
Kraftlosigkeit, Abgeschlagenheit, Muskelschwäche, Rücken- und Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Frieren, Schwitzen, Schlafstörungen, sensorische Überempfindlichkeit und Menstruationsbeschwerden

- Störung der Ernährung und Verdauung
Appetitlosigkeit, Gewichtsveränderungen, Leeregefühl im Magen, Mundtrockenheit, Schluckbeschwerden, Völlegefühl, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung bis hin zur Darmentzündung
- Herz-Kreislaufstörung
Herzschmerzen, Druck, Brennen, Krampfen, Brustbeklemmung, Rhythmusstörungen, Herzrasen, Blutdruckveränderungen und Herzerkrankungen
- Atemstörung
Engegefühl im Hals-Rachenbereich, Atemnot, röchelndes und seufzendes Atmen, Kurzatmigkeit, Hyperventilation oder Asthma
- Erhöhte Morbidität bis hin zu Mortalität
Die Studienresultate zum Thema Morbidität, d.h. in diesem Fall Krankheitsanfälligkeit, und Mortalität, d.h. hier Nachsterben, sind nach Brunstein nicht eindeutig, dies auf Grund der Vielzahl an Einflussvariablen (2008, S. 20). Trotzdem lässt sich gemäss Lammer feststellen, dass das Sterblichkeitsrisiko von Hinterbliebenen in den ersten sechs Monaten nach dem Tod einer nahe stehenden Person um ca. 300% erhöht ist. Dabei sind Männer stärker betroffen als Frauen. Eindeutig nachgewiesen ist die Erhöhung des Suizidrisikos als psychische Reaktion auf einen Todesfall. (2006, S. 181) Die erhöhte Morbidität hängt mit einer Verschlechterung der Immunfunktion zusammen, die bei Personenverlust durch Stress hervorgerufen wird.

2.2.4 Wahrnehmungsänderungen

In Trauersituationen lassen sich bei Hinterbliebenen auch typische Wahrnehmungsänderungen beobachten:

- Herabgesetzte Aufmerksamkeit
Diese herabgesetzte Aufmerksamkeit äussert sich in Konzentrationsstörungen, Ablenkbarkeit, Wahrnehmungsverlangsamung, Zerstreuung oder Geistesabwesenheit.
- Derealisationserleben
Derealisation meint das Erleben der Umwelt als abgeschieden von einem selbst, das einhergeht mit einer Minderung der gefühlsmässigen Anteilnahme und der Wahrnehmungsintensität. Im Trauerfall kann auch eine Depersonalisation vorkommen, bei welcher man die eigene Person als fremd und unlebendig erlebt.
- Verwirrung
- Halluzination

2.2.5 Verhaltensänderungen

Neben der Wahrnehmung kann sich auch das Verhalten trauernder Menschen verändern. Folgende Verhaltensänderungen treten regelmässig auf:

- Betäubungsmittelmissbrauch
Das Bedürfnis, dem Verlustschmerz auszuweichen, führt einige Trauernde zu einem übermässigen Gebrauch von Genuss- und Betäubungsmitteln.

- Identifikation
Trauernde imitieren und übernehmen zu Weilen Verhaltensweise, Gangart, Gesichtszüge bis hin zu Krankheitssymptome der Verstorbenen.
- Sozialer Rückzug
Sozialer Rückzug ist eine häufig auftretende vorübergehende Verhaltensänderung in Trauersituationen, die tatsächliches Verlassensein oder das Bedürfnis nach Alleinsein ausdrücken kann.
- Umgang mit Erinnerungen
Oft werden Erinnerungen von Trauernden entweder möglichst ganz gemieden oder aber gesucht, etwa mit Besuchen am Grab.
- Misstrauen
Solange der Tod nicht vollständig akzeptiert ist, können trauernde Menschen denjenigen Personen, die auf der Hoffnungslosigkeit beharren, Ablehnung und Misstrauen entgegenbringen.
- Neue Bindungen und Beziehungen
- Erstarren
- Hysterie
- Selbstverletzung
- Schlafstörung
- Träume
- Rastlose Überaktivität, Rufen, Weinen
- Seufzen

2.3 Pathologische Entwicklung der Trauer

Trauerreaktionen sind, wie im Kapitel 2.4.1 „Erklärungsmodelle“ aufgezeigt wird, normal im Hinblick auf den Tod eines nahe stehenden Menschen. Eine extreme Trauerreaktion kann jedoch dazu führen, dass Trauer pathologisch, das heißt krankhaft, wird. Nachfolgend ist dieser Effekt basierend auf Hansjörg Znoj (2004, S. 11-42) beschrieben: Eine komplizierte, als eine extreme Trauerreaktion kann die Form einer posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 F43.1 annehmen oder in einer anderen psychischen Erkrankung münden, so etwa in einer Depression oder in Angststörungen. Die extreme Trauerreaktion kann im Vergleich zur einfachen Trauerreaktion wie folgt verlaufen:

	Einfache Trauerreaktion	Komplizierte Trauerreaktion
Verlauf	Allmähliche Anpassung an die neue Realität, vergleichsweise abnehmende Intensität der gefühlten Trauer, Anpassung an die neue Wirklichkeit ohne die verstorbene Person gelingt.	Starke, impulsive emotionale Reaktionen wie Wut, Schuldgefühle oder Angst, verzögerte Trauerreaktion, keine kontinuierliche Abnahme der Trauerintensität, die Trauer wird nicht als Traurigkeit erlebt, Anpassung an neue Wirklichkeit gelingt nicht.
Symptomatik	Trauerreaktion mit Rückzug und häufigem Weinen, Ausdruck stark von kulturellen Normen geprägt.	Selbstschädigendes Verhalten, Panikattacken, depressive Reaktion, exzessive Reizbarkeit, anhaltende und häufige Intrusionen z.B. Alpträume, Gefühl allgemeiner Sinnlosigkeit.
Gesundheit	Langfristig keine gesundheitlichen Folgen.	Schlaf- und Essstörungen, erhöhte Anfälligkeit für Infektionserkrankungen (dies auf Grund eines durch Stress geschwächten Immunsystems).
Soziale Folgen	Kurzfristiger Rückzug aus dem gewohnten sozialen Umfeld, langfristig keine negativen Folgen.	Vernachlässigung des sozialen Netzes, Einbussen im Bereich des beruflichen Funktionierens, Vereinsamung.

Tabelle 5: Unterscheidung der einfachen und extremen Trauerreaktion (Znoj, 2004, S. 12)

Die Entwicklung dieser extremen Trauer hin zu einer pathologischen Trauer und somit zu dauerhaften psychischen Erkrankungen wird durch das Vorkommen weiterer Traueraspekte gefördert. Dazu zählen dysfunktionale Gedanken und Rumination genauso wie Isolation in Folge mangelnder sozialer Unterstützung. Letztere tritt gemäss Znoj vor allem bei tabuisierten Verlusten, z.B. bei Suizid oder Substanzabhängigkeit, auf. Inhibitorische Prozesse, das heisst Verdrängung, Verleugnung oder Vermeidung, sind langfristig ebenfalls schädlich. Diese führen dazu, dass die gesamten Emotionen nicht

mehr kontrolliert werden können, emotionale Ausbrüche und emotionale Betäubung wechseln sich ab und psychische Krankheiten entstehen. Aus diesem Grund sind Interventionen angezeigt, wenn Trauernde stark unter psychischen und physischen Symptomen leiden, nicht über den Tod hinwegkommen können und/oder die Trauer verleugnen. (Znoj, 2006, S. 11 – 42)

2.4 Modelle zur Trauer

In der Fachliteratur zur Trauer finden sich zahlreiche Modelle, welche sich in drei verschiedene Arten unterteilen lassen: Erklärungsmodelle beschäftigen sich vorwiegend mit der Entstehung der Trauer. Die sehr weit verbreiteten Phasenmodelle hingegen teilen den Zeitraum der Trauer in Intervalle ein, die von Trauernden chronologisch durchlaufen werden. Die dritte Modellart, die Aufgabenmodelle, zeigen auf, welche Aufgaben von trauernden Menschen erledigt werden müssen, um den Trauerprozess zu einem Abschluss zu führen. Dieses Kapitel beschäftigt sich mit einer nach dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit getroffenen Auswahl dieser Modelle, dabei basiert die Wahl auf Brunstein (2008). Auf ihnen gründen die in den nachfolgenden Kapiteln 2.5 „Trauerarbeit“, 3.3 „Trauernde opioidabhängige Menschen im Lebenslagenkonzept“ und 5 „Konkrete Beratungsansätze“ zu findenden Überlegungen zur Situation trauernder opioidabhängiger Menschen und die Ausgestaltung der Trauerarbeit.

2.4.1 Erklärungsmodelle

Es bestehen diverse explikatorische Modelle, die die Entstehung von Trauer zu erklären versuchen. Brunstein kommt in ihrer Analyse zum Ergebnis, dass davon das Defizit-Modell nach Margaret und Wolfgang Stroebe am hilfreichsten und nutzbringendsten für die Soziale Arbeit ist, weil es „personenbezogene innere Ressourcen und soziale wie wirtschaftliche äußere Ressourcen einbezieht und auf die Aktivierung dieser Ressourcen gerichtet ist.“ (2008, S. 57). Das Modell eröffnet konkrete Aufgaben für die trauernde Person und Handlungsmöglichkeiten für die Trauerarbeit und berücksichtigt das Problem in seinen verschiedenen Aspekten, das heisst unter anderem psychisch, sozial und wirtschaftlich. So entspricht dieses Modell am besten der mehrdimensionalen Lösungskompetenz Sozialer Arbeit (2008, S. 57-58). Brunstein (2008) schlägt ausserdem vor, dieses Modell durch die Rekonstruktion von Sinnstrukturen (Kognitionspsychologie) zu ergänzen und dabei die Bedeutung von Bindungen und die Normalität von Trauerreaktionen, wie durch die Bindungstheorie erklärt, anzuerkennen (S. 58-59). In der vorliegenden Arbeit wird dieser Vorschlag übernommen, dies einerseits auf Grund Brunsteins Ausführungen. Andererseits ermöglicht die Kombination dieser drei Theorien eine Erklärung der Trauer auf der Grundlage intrapersoneller Abläufe zum einen und sozialer Interaktionen und Geschehnissen zum anderen. Die Situation Trauernder lässt sich deshalb umfassend darstellen, wie dies im Verständnis der Sozialen Arbeit und ihrer Tätigkeit nötig ist, siehe dazu die Ausführungen zum systemischen Ansatz in Kapitel 5 „Konkrete Beratungsansätze“. Deshalb wird im Folgenden auf die drei erwähnten Modelle eingegangen.

➤ Der Todesfall als Stressor

Gemäss Lammer (2006) haben Margaret und Wolfgang Stroebe auf der Grundlage der Kognitiven Stresstheorie nach Lazarus/Folkman ihr Modell, das Defizit-Modell des Partnerverlustes, entwickelt. Anders als frühere Modelle gehen sie nicht von einem passiven Trauerverarbeitungsprozess aus, bei dem Trauernde nur auf das Abklingen des Schmerzes warten können. Vielmehr schlagen sie einen aktiveren Verarbeitungsprozess vor. Dabei sollen Trauernde abwechslungsweise verlustorientierte Phasen mit Auseinandersetzung mit der verstorbenen Person, Nachdenken und Weinen und wiederherstellungsorientierte Phasen, die der aktiven Arbeit am Ausgleich des Verlustes dienen, durchleben. Die Theorie wird im Folgenden nach Margaret und Wolfgang Stroebe (2001, S. 89-101) und Lammer (2006, S. 133-150) dargestellt.

Stress wird wie folgt definiert:

„Stress ist ein Muster spezifischer und unspezifischer Reaktionen eines Organismus auf Reizereignisse, die sein Gleichgewicht stören und seine Fähigkeiten zur Bewältigung strapazieren oder überschreiten. Diese Reizereignisse umfassen eine ganze Bandbreite externer und interner Bedingungen, die allesamt als Stressoren bezeichnet werden. Ein Stressor ist ein Reizereignis, das vom Organismus eine Anpassung (adaptive Reaktion) verlangt.“ (Brunstein, 2008, S. 50)

Zur Bewältigung des auftretenden Stresses sind sogenannte Moderatorvariablen von zentraler Bedeutung. Darunter versteht man neben der physiologischen Stressreaktion und kulturellen Einflüssen auch die kognitive Bewertung des Stressors und die bezüglich des Stressors bewerteten vorhandenen Ressourcen. Untenstehende Abbildung verdeutlicht den entsprechenden Prozess.

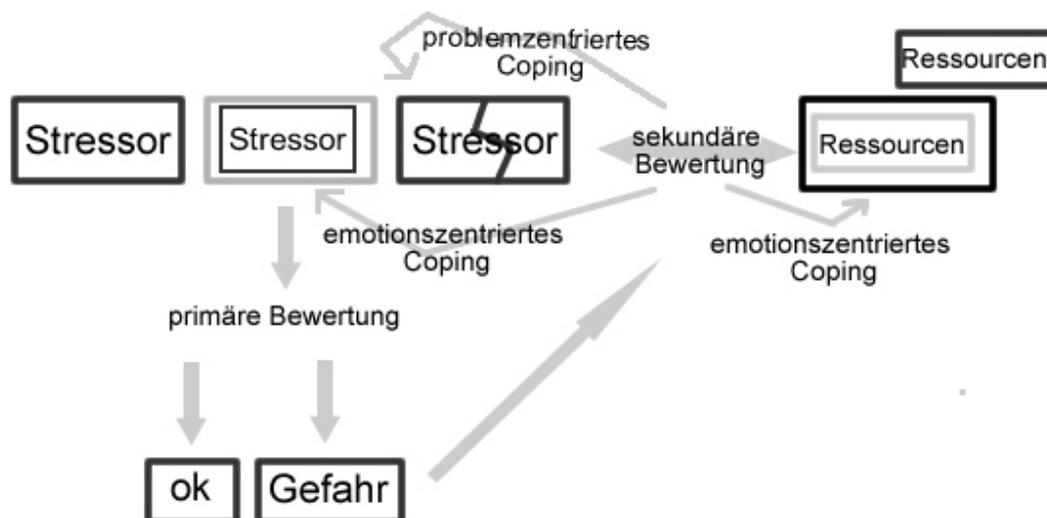


Abbildung 4: Die Stressstheorie (eigene Darstellung)

Wie hier sichtbar wird, unterteilt die Stresstheorie von Lazarus/Folkman die kognitive Bewertung in zwei Teile. Einerseits erfolgt durch die sogenannte „primäre Bewertung“ die generelle Situationseinschätzung, z.B. „schädlich“, „ungefährlich“ und die Entscheidung über die Notwendigkeit einer Ausgleichshandlung. Durch die „sekundäre Bewertung“ werden die vorhandenen Ressourcen und Handlungsalternativen stetig auf ihre Tauglichkeit bezüglich der Stressbewältigung geprüft. Stressbewältigung, sogenanntes Coping, ist dann erfolgreich, wenn schädlichen Auswirkungen des Stressors durch angemessene emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Reaktionen begegnet werden kann. Beim Coping werden zwei Strategien unterschieden: Ziel problemzentrierter Strategien ist die Bewältigung kontrollierbarer Stressoren. Dabei wird mit Hilfe jeglicher Art von Ressourcen versucht, die Ursache des Stressors zu bewältigen oder zu mildern. Dagegen beziehen sich emotionszentrierte Strategien auf die Gedanken und Gefühle, die im Zusammenhang mit schwer veränderbaren Situationen auftauchen, mit dem Ziel, die Situation mit ihrer Hilfe erträglich zu gestalten. Dies geschieht vorwiegend über eine Veränderung der Bewertung. So können etwa Stressoren weniger schädlich oder Ressourcen hilfreicher eingestuft werden. Der Todesfall einer nahe stehenden Person ist ein Stressor. Trauer ist die Findung adäquater Copingstrategien zu dessen Bewältigung. (S. 132-146) Die weiteren Ausführungen zum Todesfall als Stressor basieren ebenfalls auf Lammer (2008, S. 132-146).

Der Tod einer nahe stehenden Person beinhaltet vier Formen des Verlustes für die Hinterbliebenen. Einerseits geht Hilfe bei der Lebensbewältigung verloren. Beispielsweise kann sich eine Witwe, die zuvor in einer traditionellen Rollenverteilung lebte, nach dem Tod ihres Ehemannes mit dem Problem der Einkommensgenerierung konfrontiert sehen. Dies bezeichnen Stroebe/Stroebe als Verlust instrumenteller Unterstützung. Mit dem Todesfall geht auch der Verlust validierender Unterstützung einher. Validierende Unterstützung bedeutet, „dass sozial signifikante Personen unsere Sicht der Wirklichkeit, der Umweltanforderungen an uns selbst und unsere Fähigkeiten, diese zu bewältigen, als angemessen bestätigen.“ (Lammer, 2006, S. 138). Dieser Verlust trifft Hinterbliebene besonders, wären sie in ihrer Trauer doch auf die Bestätigung der Natürlichkeit und Nachvollziehbarkeit ihrer Trauerreaktion angewiesen. Wahrnehmungsänderungen, wie im Kapitel 2.2.4 „Wahrnehmungsänderungen“ beschrieben, können die Folge sein. Der dritte Verlust stellt das Abhandenkommen emotionaler Unterstützung dar. Die emotionale Zuwendung naher Bezugspersonen ist überlebenswichtig und unentbehrlich für ein angemessenes Selbstwertgefühl, weshalb diese Form des Verlusts als besonders gesundheitsgefährdend eingestuft wird. Die vierte Form des Verlusts besteht im Verlust der sozialen Identität, in der Notwendigkeit, Rollen und Status definieren zu müssen. Die bereits erwähnte Witwe ist nun nicht mehr „Ehefrau“, sie ist „Witwe“ und allenfalls „Alleinerziehende“. Für diese Stressoren müssen Trauernde angemessene Copingstrategien finden, damit der Trauerprozess zu einem Abschluss gelangen kann.

➤ **Der Todesfall als Verlust von Sinnstrukturen**

Nachfolgend wird der Ansatz der Kognitionspsychologie von Peter Marris, die den Todesfall als Verlust von Sinnstrukturen beurteilt, gemäss Lammer (2006, S. 122–132) beschrieben.

Peter Marris geht davon aus, dass der Mensch sich von Kindheit an Sinn- und Bedeutungsstrukturen für sein Leben aufbauen, durch die er seine Erfahrungen Wert und Sinn verleihen. Sie ermöglichen ihm, die Wirklichkeit so zu strukturieren, dass sie ihm berechenbar und verstehbar erscheint. Er ist nur dann anpassungsfähig und psychisch überlebensfähig, wenn er neue Erfahrungen in die bestehende Wirklichkeitskonstruktion integrieren können. Einschneidende Erlebnisse, wie etwa der Tod eines nahen Menschen, gehen immer mit dem Verlust bisher tragender Sinn- und Bedeutungsstrukturen einher. Durch diesen Verlust fällt es Trauernden schwer, sich in der Wirklichkeit zu orientieren und die Motivation für ihr Leben und Handeln zu finden. Insbesondere stehen diejenigen Sinnkonstruktionen zur Disposition, die in Zusammenhang mit der verstorbenen Person standen. Mit ihnen drohen die ganze Wirklichkeitskonstruktion und das psychische Gleichgewicht aus den Fugen zu geraten. Das hat zur Folge, dass zwei entgegengesetzte Impulse entstehen, nämlich der Wille zur Anpassung an die Veränderung einerseits und der Bewahrungsimpulse andererseits. Dominiert der Bewahrungsimpuls, kann dies beispielsweise zur Leugnung des Todes und zur möglichsten Beibehaltung des Status quo führen, so dass Hinterbliebene etwa die Räumlichkeiten der Verstorbenen belassen, wie sie sind. Dominiert andererseits der Wille zur Anpassung, besteht die Tendenz zum „Vergessen“ der verstorbenen Person und ihrer Bedeutung für das eigene Leben. Hinterbliebene vermeiden dann zum Beispiel jegliche Erwähnung der verstorbenen Person. Um eine Kontinuität von Lebenssinn wiederherstellen zu können, müssen beide Impulse in einen ausgeglichenen Dialog miteinander treten.

Dieser Dialog führt schliesslich zu einer Dekonstruktion und Rekonstruktion von Sinnstrukturen. Dabei besteht Rekonstruktion sowohl in der Rekonstruktion der Lebensgeschichte, also auf der Analyse der bisherigen Sinnstrukturen, als auch in einer Rekonstruktion von Lebensperspektive, also einer Neuzusammensetzung von Sinnstrukturen zur Erhaltung der zukünftigen Lebensfähigkeit. Ziel ist, die alten Sinnstrukturen so anzupassen, dass der Todesfall in sie integriert werden kann.

➤ **Der Todesfall als Bindungsverlust**

John Bowlby entwickelte seine Bindungstheorie, auf die hier auf der Grundlage von Lammer (2006, S. 87 – 107) eingegangen wird. Bowlby geht davon aus, dass die Menschen ein instinktgeleitetes Bindungsverhalten an den Tag legen, womit sie zu bestimmten Individuen, sogenannten Bindungsfiguren, Nähe herstellen, erhalten oder wiederherstellen. Dieses Verhalten ist überlebensnotwendig: Einerseits wird dadurch das Sorgeverhalten der Bindungsfigur ausgelöst. So folgt auf das Ausstrecken der Arme eines Kleinkindes das Hochheben durch die Mutter. Andererseits verhindert es eine bisweilen lebensgefährliche Trennung von der Gruppe, etwa weil eine Gruppe Angriffe feindseliger Gegner besser abwehren kann.

Kommt es zu einem Bindungsverlust, z.B. durch einen Todesfall, wird die Kehrseite des Bindungsverhaltens, nämlich die Trennungsreaktion ausgelöst, die darauf abzielt, die Trennung von einer Bindungsfigur zu verhindern oder rückgängig zu machen. Zur Trennungsreaktion zählt sowohl das intensive Suchen nach der Bindungsfigur in all seinen Formen, Verhaltensweisen, die die Bindungsperson zur Rückkehr bewegen sollen und Wut über das Verlassenwerden. Betrachten besonders psychoanalytische Kreise dieses Verhalten als irrational und unreif, so schätzt es Bowlby als biologisch bedingt und normal ein. Erst wenn die hinterbliebene Person die Unwiederbringlichkeit der Bindungsfigur akzeptiert, ist eine Anpassung an den Verlust möglich.

2.4.2 Phasenmodelle

Phasenmodelle fassen einige der im Kapitel 2.2 „Auswirkungen der Trauer“ beschriebenen Trauersymptome zu Gruppen von Symptombildern zusammen und ordnen diese in eine zeitliche Abfolge. Sie sind diejenigen Trauertheorien, die am populärsten sind, vor allem die Trauerphasen nach Elisabeth Kübler-Ross, Yorick Spiegel, Verena Kast, Jorgos Canacakis und Bowlby. (Brunstein, 2008, S. 60)

Die Phasenmodelle müssen sich trotz ihrer Popularität jedoch starker Kritik aussetzen. Denn: „In der neuen Forschung hat keine methodisch kontrollierte empirische Studie die Existenz bestimmter unterscheidbarer Phasen des Trauerprozesses nachweisen können.“ (Lammer, 2006, S. 197). Es wurde im Gegenteil festgestellt, dass alle Komponenten der Trauer im ganzen Trauerprozess vorkommen können (Lammer, 2006, S. 199). Zudem sind die Trauersymptome vielfältiger, als die Phasenmodelle zeigen. So ist die erste Trauerreaktion von Hinterbliebenen nicht (nur), wie in den meisten Modellen angenommen, ein Schock- bzw. Betäubungszustand. Vielmehr treten, wie empirisch-quantifizierende Studien belegen, bereits in den ersten Minuten und Stunden nach dem Tod verschiedenste Reaktionen auf, von Erstarren über Protest, Weinen, Aggressivität, etc. bis zu Akzeptanz. (Lammer, 2006, S. 200)

Wie Brunstein schreibt, korrespondieren Phasenmodelle, wenn sie tatsächliche Trauerprozesse auch nicht wirklichkeitsgetreu beschreiben, doch mit bestimmten Anliegen der Beratenden von Hinterbliebenen. Für diese haben sie heuristischen Wert, denn sie vermitteln einen Eindruck von Kontrolle über den komplexen Trauerprozess (2006, S. 66). Lammer (2006) erklärt zusätzlich, dass Beratende bezüglich Phasenmodellen vor allem dazu dienen, Trauernde von einer Phase in die nächste zu führen und zu begleiten. Damit gewinnen Beratende Souveränität, sie müssen sich selbst nicht der Überforderung aussetzen, die Hinterbliebene erleben. (S. 195-197) Der Wunsch nach Vermeidung von Kontrollverlust und professioneller Distanz mag zwar legitim sein, er rechtfertigt jedoch keine Trauerarbeit strikt nach Phasenmodellen. Denn wird eine Diagnose nach Phasenmodellen vorgenommen, so entspricht dies einer „Schubladisierung“ der Trauernden.

„An die Stelle von Zuwendung zu den einzelnen Menschen mit ihrem individuellen Erleben und Erleiden, bzw. ihren je verschiedenen persönlichen und situativen Gefühlen und Bedürfnissen, tritt u.U. ein Druck zur Anpassung an objektivierende Vorgaben darüber, auf welche Weise, in welcher Reihenfolge und in welchem Tempo man „richtig“ zu trauern habe.“ (Lammer, 2006, S. 194)

Bei einer Trauerarbeit im Rahmen der Sozialen Arbeit können Phasenmodelle deshalb keine Rolle spielen (Brunstein, 2008, S. 70). Trotzdem muss jedoch beachtet werden, dass der zeitliche Aspekt in Trauerprozessen sehr wohl eine Rolle spielt, auch wenn die Trauer nicht in Phasen chronologischer Abfolge eingeteilt werden kann. Trauern braucht Zeit und diese muss Hinterbliebenen zugestanden werden. (William Worden, 2007, S. 45)

2.4.3 Aufgabenmodelle

Aufgabenmodelle beschreiben die Anforderungen an Trauernde, die aus der Analyse positiv verlaufener Trauerprozesse heraus bestimmt werden. Sie bestehen meist nicht in reiner Form, sondern werden oft von Experten/Expertinnen anderer Modelle formuliert. (Lammer, 2006, S. 203) Die vorliegende Arbeit befasst sich deshalb mit denjenigen Aufgabenmodellen, die Folgerungen aus den Erklärungsmodellen darstellen, die bereits im Kapitel 2.4.1 „Erklärungsmodelle“ als für die Soziale Arbeit relevant bezeichnet wurden.

➤ Die Traueraufgaben nach Worden

William Worden basiert sein Aufgabenmodell auf Bowlbys Bindungstheorie. Die folgenden Ausführungen basieren auf Worden (2007, S. 19 – 28). Trauerarbeit bedeutet für Worden die Erledigung von vier Aufgaben in logischer, nicht jedoch zwingend zeitlicher Abfolge.

- Die Realität des Verlustes anerkennen.
Auch wenn selektives Vergessen der verstorbenen Person und die Hoffnung auf Wiedervereinigung kurz nach dem Todesfall als normale Reaktionen angesehen werden können, so gilt es doch, den Verlust schliesslich in seiner ganzen Bedeutung zu erfassen.
- Den Schmerz der Trauer durcharbeiten.
Der Trauerschmerz muss durchgearbeitet werden, denn jeder Versuch, diesen zu verkürzen oder zu unterdrücken, führt zu weiteren Symptomen oder späteren psychischen Störungen.
- Sich in einer Wirklichkeit zurechtfinden, in der die verstorbene Person fehlt.
Hinterbliebene müssen lebenspraktische Aufgaben, die bisher die verstorbene Person inne hatte, selber übernehmen oder deren Erfüllung organisieren. Andererseits muss auch eine internale Anpassung erfolgen, d.h. eine Anpassung an neue Rollen, Statusveränderungen und das veränderte Selbstwertgefühl, sowie eine Anpassung der bisherigen Sinn- und Glaubensstrukturen.
- Abzug emotionaler Energie von der verstorbenen Person und sich dem Leben wieder zuwenden.
Diese Aufgabe ist erfüllt, wenn die Liebe, die auf die verstorbene Person gerichtet ist, die Hinterbliebenen nicht mehr davon abhält, neue Beziehungen einzugehen. Dies bezieht sich nicht nur auf den Partnerschafts-Kontext.

Wie Brunstein (2008) schreibt, ist dieses Aufgabenmodell für die Soziale Arbeit nicht nur auf Grund seiner Basierung auf der Bindungstheorie interessant. Vielmehr ist zu würdigen, dass es neben innerpsychischen Veränderungen auch die Anpassung an die veränderte Umwelt vorsieht und deshalb besonders ein lösungsorientiertes und systemisches Arbeiten erlaubt. (S. 76)

➤ Die Traueraufgaben nach Stroebe/Stroebe

Wie bereits im Kapitel 2.4.1 „Erklärungsmodelle“ aufgezeigt, gehen Stroebe/Stroebe davon aus, dass der Tod eines nahen Menschen vier Stressoren in Form von Verlusten auslöst. Aus diesen Verlusten resultieren Aufgaben, die die trauernde Person im Laufe des Trauerprozesses erfüllen muss. Margaret Stroebe hat diese Traueraufgaben gemäss Brunstein (2008) gemeinsam mit Henk Schut um weitere Überlegungen, die der Kognitionspsychologie, siehe Teilkapitel 2.4.1 „Erklärungsmodelle“, angelehnt sind, zum sogenannten „dualen Prozessmodell“ ergänzt. Dieses beinhaltet die Kernaussage, dass Trauernde zwischen der Verlustorientierung und der Wiederherstellungsorientierung hin und her schwingen und dass je nach Richtung der Orientierung verschiedene Traueraufgaben bewältigt werden müssen. (S. 76-80) Die Überlegungen von Stroebe und Schut zum Modell sind in ähnlicher Weise bereits im Defizit-Modell und der Theorie zum Todesfall als Verlust von Sinn- und Bedeutungsstrukturen zu finden. Deshalb wird in dieser Arbeit aus Gründen der Einschränkung auf eine eigene Ausführung verzichtet. Im Folgenden sind in Anlehnung an Brunstein (2008, S. 76 – 80) und Lammer (2006, S. 148) die Traueraufgaben nach Stroebe/Stroebe und Storebe/Schut dargestellt.

Stressoren im Trauerfall	Aufgaben	Kontext
1. Verlust instrumenteller Unterstützung. Mögliche Folgen: Hilflosigkeit, Ohnmacht, Überforderung.	Das eigene Leben wieder meistern lernen. <ul style="list-style-type: none"> • Hilflosigkeit überwinden • Im Alltag zurechtkommen, in dem der/die Verstorbene fehlt. 	<u>Verlustorientierung:</u> Wahrnehmen des Verlustes und seiner Bedeutung, Durchleben des Trauerschmerzes und der damit verbundenen Gefühle, Ablösung der (emotionalen) Bindung an die verstorbene Person.
2. Verlust sozialer Identität. Mögliche Folgen: soziale Vereinsamung und Verunsicherung, sinkender Sozialstatus, reduziertes Selbstwertgefühl.	Soziale Bezüge neu ordnen und neu bewerten. <ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung des persönlichen sozialen Umfelds. • Ausbau des sozialen Umfelds. 	

<p>3. Verlust validierender Unterstützung.</p> <p>Mögliche Folgen: Verunsicherung über Selbst- und Weltbild, Sinnverlust, Angst, verrückt zu werden.</p>	<p>Suche nach Sinn in der Verlusterfahrung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klärung der Gründe, die zum Verlust führten. • Folgen für das eigene Leben. • Neukonstruktion des eigenen Selbst- und Weltbilds. 	<p><u>Wiederherstellungsorientierung:</u></p> <p>Erkennen der Stressoren und der vorhandenen internen und externen Ressourcen, günstige Bewertung der Situation, der Emotionen und der Bewältigungsmöglichkeiten, Mobilisierung der Ressourcen, Ablenkung von Trauergefühlen.</p>
<p>4. Verlust emotionaler Unterstützung.</p> <p>Mögliche Folgen: Deprivation von menschlicher Zuwendung, Herabsetzung des Selbstwertgefühls, Gefährdung der psychischen und physischen Gesundheit.</p>	<p>Neues Selbstbewusstsein entwickeln</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärkung des Selbstbewusstseins. • Suchen nach menschlicher Wärme. • Kompensation der Bedürfnisspannung. 	

Tabelle 6: Traueraufgaben von Stroebe/Stroebe inkl. Erweiterung von Stroebe/Schut (eigene Tabelle)

2.5 Trauerarbeit

Trauerarbeit wird heute weltweit auf der Basis einer unübersichtlich scheinenden Zahl verschiedenster Modelle und therapeutischer Instrumente geleistet. Diese Arbeit konzentriert sich auf die Trauerarbeit, die aus den in den vorhergehenden Kapiteln besprochenen Modellen resultiert, weil diese, wie bereits im Kapitel 2.4.1 „Erklärungsmodelle“ dargestellt, von Brunstein (2008) als für die Soziale Arbeit relevant diskutiert wurden. In einem ersten Schritt wird das Ziel der Trauerarbeit definiert, bevor aus den Aufgabenmodellen für Trauernde die Aufgaben für die Trauerarbeit abgeleitet und konkrete Beispiele für die einzelnen Aufgaben genannt werden.

2.5.1 Das Ziel der Trauerarbeit

Wie Brunstein (2008) schreibt, ist das Ziel der Trauerarbeit die Unterstützung des trauernden Menschen bei der Trauerbewältigung (S. 137). Das Ziel der Trauer wiederum ist, wie in Kapitel 2.1 „Definition der Trauer“ dargestellt, die Anpassung an die veränderte soziale Umwelt.

Es geht in der Trauerarbeit aber nicht darum, dass die trauernde Person möglichst schnell diesen Endzustand erreicht (Brunstein, 2008, S. 137). Wie die Trauermodelle beschreiben, muss der/die Trauernde verschiedene Aufgaben meistern, dies in ständigem Pendeln zwischen Verlust- und Wiederherstellungsorientierung. Dieser Prozess braucht seine Zeit – wie lange, ist insbesondere auch abhängig von der individuellen Lebenssituation der trauernden Person. Deshalb ist das Ziel der Trauerarbeit nicht

unmittelbar die Neuanpassung an die veränderte Umwelt, sondern die Begleitung auf dem Weg dahin. Hinzu kommt, dass sich auf Grund der individuellen Lebenssituation jedes strikt schematische Vorgehen verbietet. (Brunstein, 2008, S. 137-138) Zur Erfüllung der nachfolgend abstrakt beschriebenen Aufgaben der Trauerarbeit müssen deshalb auf die individuelle Situation angepasste Interventionen gefunden werden. Die in dieser Arbeit dargestellten konkreten Interventionen sind deshalb als Beispiele und Anregungen zu verstehen.

2.5.2 Die Aufgaben der Trauerarbeit

Abgeleitet von den im Kapitel 2.4.1 „Erklärungsmodelle“ dargestellten Erklärungsmodellen und den darauf basierenden Aufgabenmodellen ergeben sich auch Aufgaben für die Fachpersonen, die Menschen in ihrer Trauerarbeit unterstützen. Lammer (2006, S. 224-225) leitet die folgenden ab:

Worden	Stroebe/Stroebe	Marris
<ul style="list-style-type: none"> • Die Realität des Verlustes verdeutlichen. • Trauernden helfen, ausgedrückte und latente Affekte zu bearbeiten. • Trauernden helfen, Hindernisse der Wiederanpassung zu überwinden. • Trauernde ermutigen, sich angemessen zu verabschieden und sich guten Gewissens wieder dem Leben zuzuwenden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Verlusterfahrung analysieren und strukturieren helfen. • Entstandene Defizite in den Bereichen der vier Verluste identifizieren helfen und validieren. • Vorhandene personale und soziale Ressourcen zur Deckung der entstandenen Defizite identifizieren helfen. • Emotionale und validierende Unterstützung geben. <p>Erweiterung durch Stroebe/Schutt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlust- bzw. Wiederherstellungsorientierung erkennen und die momentane Trauerarbeit daran ausrichten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuität von Beziehungen und Zuwendung anbieten. • Die Bedeutung des oder der Verstorbenen erkennen und anerkennen helfen. • Die Rekonstruktion von Lebensgeschichte und Sinnstrukturen unterstützen.

Tabelle 7: Ableitung der Aufgaben der Trauerarbeit (Lammer, 2004, S. 224)

Lammer fasst diese und weitere Modelle in einem weiteren Schritt zu sechs Aufgaben der Trauerarbeit zusammen. Weil diese Zusammenfassung den Autorinnen der vorliegenden Arbeit auch bei Reduktion auf die hier besprochenen Modelle stimmig erscheint, wird nachfolgend mit ihr gearbeitet.

Die Aufgaben der Trauerarbeit
<ul style="list-style-type: none"> • Den Tod realisieren helfen. • Den Verlust validieren. • Trauerreaktionen auslösen helfen. • Die Lebens- und Beziehungsgeschichte von Verstorbenen und Hinterbliebenen rekonstruieren helfen. • Den Abschied gestalten helfen und zur Hinwendung zum Leben ermutigen. • Bewältigungsressourcen und Risikofaktoren evaluieren.

Tabelle 8: Die sechs Aufgaben der Trauerarbeit (Lammer, 2006, S. 228)

Anzumerken ist, dass diese Punkte keine chronologische Abfolge darstellen und dass die Auslösung von Trauerreaktionen auch die Begleitung in der Durcharbeitung des Trauerschmerzes beinhaltet. Der Punkt „Den Verlust validieren“ beinhaltet in Anlehnung an Stroebe/Stroebe nicht nur die Validierung aller Verluste, die der Tod auslöst, sondern auch den zwischenzeitlichen Ersatz der nun allenfalls fehlenden validierenden Unterstützung. Schliesslich müssen Bewältigungsressourcen nicht nur evaluiert, sondern vielmehr bei deren Analyse, Auswahl und Aktivierung geholfen werden. Die Evaluierung der Risikofaktoren findet keine Nennung in den im vorhergehenden Kapitel dargestellten Modellen. Trotzdem wird dieser Teilpunkt auch in der vorliegenden Arbeit beibehalten, weil er den Autorinnen aus professioneller Sicht wichtig und verantwortungsbewusst erscheint.

2.5.3 Konkrete Beispiele für Interventionen

Die folgende Tabelle zeigt Lammers Aufgaben der Trauerarbeit und einige konkrete Interventionen, die darunter zu verordnen sind. Diese Interventionen sind als Beispiele zu verstehen. Genauere Ausführungen dazu finden sich im Kapitel 5.6.3 „Die sechs Aufgaben der Trauerarbeit“, wo diejenigen Interaktionen aufgezeigt werden, die spezifisch die Erfüllung der Aufgaben der Trauerarbeit bei opioidabhängige Menschen fördern.

Aufgaben der Trauerarbeit	Konkrete Einzelaktivitäten
Den Tod realisieren helfen.	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Sprache verwenden, Tod als solchen benennen. • Den Hinterbliebenen wenn möglich Bestätigungen für den Todesfall zugänglich machen .
Den Verlust validieren.	<ul style="list-style-type: none"> • Validierende Unterstützung bieten • Normalität der Trauerreaktion aufzeigen.
Trauerreaktionen auslösen helfen.	<ul style="list-style-type: none"> • Einbezug von Symbolen • Aggressionsverhalten, Wiedervereinigungsstreben,

	Suchverhalten und anderen Reaktionen Raum geben, sie weder abwehren, meiden oder hemmen.
Die Lebens- und Beziehungsgeschichte von Verstorbenen und Hinterbliebenen rekonstruieren helfen.	<ul style="list-style-type: none"> • Thematisierung der Beziehung zum Verstorbenen und deren Weiterführung • Thematisierung von fixen (oft religiösen) Treuevorstellungen.
Den Abschied gestalten helfen und zur Hinwendung zum Leben ermutigen.	<ul style="list-style-type: none"> • Wünsche und Vorstellungen des Klienten bezüglich persönlicher Verabschiedung der verstorbenen Person klären. • Unterscheidung, welche der Sinnstrukturen, vom Verstorbenen unabhängig, in die Zukunft mitgenommen werden können und einer angepassten neuen Sinnggebung für die Zukunft Sinnstrukturen z.B. über Biographie erschliessen.
Bewältigungsressourcen und Risikofaktoren evaluieren.	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcen analysieren, auswählen und aktivieren helfen. • Bisherige Bewältigungsstrategien der trauernden Person erfragen.

Tabelle 9: Aufgaben der Trauerarbeit und korrespondierende Einzelaktivitäten (eigene Tabelle)

2.6 Zusammenfassung des Kapitels

Die vorliegende Arbeit arbeitet mit der Trauerdefinition nach Lammer (2006, S. 31): „Trauer ist regelmässig die Reaktion auf einen Verlust, speziell auf den Verlust einer signifikanten Person.“ Zusätzlich gehen die Autorinnen von der Prozessartigkeit der Trauer aus und nehmen als ihr Ziel die Anpassung an die veränderte Umwelt an. Die Reaktionen Hinterbliebener auf den Tod nahe stehenden Menschen sind vielfältig. In emotionaler Hinsicht können z.B. Traurigkeit oder Wut auftreten. Daneben sind auch typische kognitive Gedankenmuster beobachtbar, wie etwa die Verleugnung des Todes oder Überlegungen zum Sinn des Lebens. Auch körperlich kann sich der Tod eines nahe stehenden Menschen auswirken, Hinterbliebene leiden z.B. unter erhöhter Morbidität oder einer Störung ihres Ernährungsverhaltens. Zusätzlich können auch Veränderungen in der Wahrnehmung oder im Verhalten Trauernder auftreten. So sind bisweilen etwa sozialer Rückzug oder Betäubungsmittelmissbrauch beobachtbar.

Wichtig ist festzuhalten, dass jeder Mensch individuell auf die Konfrontation mit dem Tod eines nahen Menschen reagiert, dass diese Reaktionen aber weitreichende Konsequenzen für das persönliche Befinden und die Interaktion mit der sozialen Umwelt und der

Gesellschaft haben können. Trotz dieser Konsequenzen ist die Trauer - wie die Definition bereits bestätigt - normal. Eine extreme Trauerreaktion kann jedoch pathologisch sein und zu psychischen Krankheiten führen. Deshalb sind gerade in dieser Situation frühzeitige Interventionen angezeigt.

Zur Erklärung und zum Verlauf der Trauer gibt es verschiedenste Modelle, die in Erklärungsmodelle, Prozessmodelle und Aufgabenmodell unterteilt werden. Prozessmodelle spielen in der Tradition der Trauerarbeit eine grosse Rolle, ihnen wird in der vorliegenden Arbeit aber keine Bedeutung zugemessen, weil sie unter anderem dem trauernden Individuum nicht gerecht werden und damit der System- und Lösungsorientierung der Sozialen Arbeit nicht entsprechen. Bedeutend sind hingegen die explikatrischen Modelle. Deren drei wurden von Brunstein (2008, S. 57) als hilfreich für die Soziale Arbeit taxiert: Das Defizit-Modell Stroebe/Stroebe beschreibt den Todesfall einer nahe stehenden Person als Stressor, der vier Verluste auslöst, nämlich den Verlust instrumenteller, validierender, emotionaler Unterstützung und der sozialen Identität. Mittels adäquater Copingstrategien können Trauernde mit diesen Verlusten umgehen. Die zweite Theorie betrachtet den Todesfall eines nahen Menschen als Verlust von Sinn- und Bedeutungsstrukturen. Dies, weil sie davon ausgeht, dass die verstorbene Person mit ihrem Sein und Handeln einen wichtigen Betrag dazu leistete, dass die hinterbliebene Person die Welt verstehen konnte. Die durch den Tod zerstörten Sinnstrukturen müssen nun rekonstruiert werden. Im dritten Modell geht Bowlby davon aus, dass der Tod eines nahen Menschen ein Bindungsverlust ist, der biologisch bedingte Trennungsreaktionen auslöst. Diese beinhalten das Suchen nach dem verlorenen Menschen, der Versuch, den Menschen zur Rückkehr zu bewegen und Wut über sein Fernbleiben.

Basierend auf diesen Modellen entstanden Aufgabenmodelle. Diese beschreiben die Aufgaben, die von trauernden Personen erfüllt werden müssen, um sich der veränderten Umwelt in praktischer wie auch emotionaler Hinsicht anzupassen und so zu einem Abschluss des Trauerprozesses zu gelangen. Auf der Grundlage der Bindungstheorie sieht Bowlby vier Traueraufgaben: Die Anerkennung des Verlustes, die Durcharbeitung des Trauerschmerzes, das Zurechtfinden in der Wirklichkeit und die Zuwendung zum Leben. Auch Stroebe/Stroebe beschreiben vier Trauerhauptaufgaben: Meistern des eigenen Lebens, Neuordnung und Neubewertung sozialer Bezüge, Suchen eines Sinns in der Verlusterfahrung und Entwicklung eines neuen Selbstbewusstseins. In Ergänzung dazu stellen Stroebe/Schut fest, dass diese Traueraufgaben im Kontext zwischen Verlust- und Wiederherstellungsorientierung erfüllt werden müssen.

Von diesen Aufgaben, die Trauernde im Verlaufe des Trauerprozesses in nicht zwingend chronologischer Reihenfolge zu erfüllen haben, wurden Aufgaben für die Trauerarbeit abgeleitet. Ziel der Trauerarbeit ist die Unterstützung der Trauerbewältigung durch den trauernden Menschen. Zu beachten ist an dieser Stelle, dass dies nicht einem möglichst schnellen Abschluss des Trauerprozesses gleichkommt. Die von Lammer als Zusammenfassung der Ableitungen aus den verschiedenen Aufgabenmodellen definierten sechs Aufgaben der Trauerarbeit sind folgende: Hilfe bei der Realisierung des Todes, Validierung des Verlustes, Hilfe bei der Auslösung der Trauerreaktionen, Hilfe bei der

Rekonstruktion der Lebens- und Beziehungsgeschichte von Verstorbenen und Hinterbliebenen, Hilfe bei der Gestaltung des Abschiedes und Ermutigung zur Hinwendung zum Leben, sowie Evaluierung der Bewältigungsressourcen und Risikofaktoren. Die konkreten Handlungsschritte, die zur Erfüllung dieser Aufgaben und der Aufgaben von Trauernden führen, können nicht allgemeingültig dargestellt werden. Vielmehr müssen sie individuell auf den Einzelfall abgestimmt sein.

3 Die Lebenssituation trauernder opioidabhängiger Menschen

In diesem Kapitel erfolgt nun die Zusammenführung der beiden Themen „Opioidabhängigkeit“ und „Trauer“. Es gilt zu verstehen, was ein opioidabhängiger Mensch, der mit dem Tod konfrontiert wird, im Verständnis der Sozialen Arbeit ist. Betrachtet wird die Situation unter dem Gesichtspunkt des Lebenslagenkonzepts von Gregor Husi und Marcel Meier Kressig. Die Autorinnen haben sich für dieses Modell entschieden, weil es sich weder auf das Individuum, noch auf die Gesellschaft beschränkt. Vielmehr erlaubt es gleichzeitig die Darstellung der individuellen, gruppen- und lebensbereichsspezifischen und gesellschaftlichen Situation opioidabhängiger Menschen und deren Konfrontation mit dem Tod eines nahen Menschen.

Im ersten Unterkapitel wird das angesprochene Modell kurz erläutert, im zweiten Unterkapitel stellen die Autorinnen die Situation des opioidabhängigen Menschen mit Hilfe des Modells dar, bevor sie im dritten Unterkapitel die Konfrontation mit dem Tod eines nahen Menschen miteinbeziehen.

3.1 Lebenslagenkonzept

Die Theorie der Lebenslagen wurde bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts begründet und in den 80er Jahren in die Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit eingeführt (Marcel Meier Kressig & Gregor Husi, 2002, S. 20). In der vorliegenden Arbeit wird das Modell gemäss der Weiterentwicklung von Gregor Husi und Marcel Meier Kressig verwendet (Meier & Husi, 2002 und Husi, 2005).

Das Lebenslagenkonzept ist ein gesellschaftstheoretisches Modell, welches einerseits die Gesellschaft als Ganzes, jedoch auch die individuelle und gesellschaftliche Identität des Menschen darstellen will. Dabei wird von individuellen Lebensverhältnissen ausgegangen, die sich gegenseitig bedingen. Zudem unterliegen sie sozialen Strukturen, bei deren Reproduktion sie jedoch wiederum eine grosse Rolle spielen. (Meier & Husi, 2002, S. 20)

Exklusion, aus Gruppen, Organisationen, Institutionen und schliesslich Lebensbereiche geschieht also entsprechend der gesellschaftlichen Identität eines Menschen. Ob und in welchen Gruppierungen ein Mensch integriert ist, spielt eine entscheidende Rolle in dessen Leben: Innerhalb der Gruppierungen finden Verteilungskämpfe statt, die über die Verteilung der vorhandenen Ressourcen bestimmen. Zudem spielen sich Geltungskämpfe ab, die darüber entscheiden, welche Werte und Vorstellungen allgemeine Geltung erlangen. (Husi, 2005, S. 14)

3.2 Opioidabhängige Menschen im Lebenslagenkonzept

In diesem Kapitel zeigen die Autorinnen auf, wie sich das Lebenslagenkonzept bei opioidabhängigen Menschen ihren Überlegungen zufolge darstellen kann. Nachfolgende Darstellung besitzt keine Allgemeingültigkeit, denn das Phänomen Opioidabhängigkeit hat mannigfaltige Auswirkungen. Es ist durchaus möglich, dass ein opioidabhängiger Mensch über ein sehr gut ausgebautes Netz an Ressourcen verfügen kann, das es ihm möglich macht, schwierige Lebenssituationen positiv zu bewältigen. Dieses Kapitel soll aber eine Vorstellung davon geben, mit welchen Dynamiken und Zusammenhängen sich die betroffenen Menschen konfrontiert sehen können.

Laut Systemtheorie ist die Abhängigkeit als ein aus dem Gleichgewicht geratenes System zu betrachten. Es entsteht ein Ungleichgewicht von verschiedenen Wirkungskreisläufen. Dabei ist die Abhängigkeit als Selbstheilungsversuch des Systems zu verstehen. (Häfeli, 2008, S. 4) Diese Dynamik ist auch im Lebenslagenkonzept zu erkennen: Es besteht die Annahme, dass die derzeitige Lebenssituation nicht mit den Lebenszielen übereinstimmen. So entsteht eine Diskrepanz zwischen diesen beiden Komponenten und ein negatives Lebensgefühl bildet sich aus. Durch die Lebensweise wird versucht, diese Diskrepanz auszugleichen, denn ein positives Lebensgefühl zu erleben ist das oberste Ziel eines Individuums. Es bestehen verschiedenste Möglichkeiten, um das Lebensgefühl zu verbessern. Beispielsweise kann das Individuum seine Lebenslage nutzen, um die Lebenssituation den Lebenszielen anzugleichen.

Wie im Kapitel 1.3.1 „Das multifaktorielle Ursachenmodell“ gezeigt, gibt es verschiedene Gründe für eine Abhängigkeitsentwicklung. In allen Lebensbereichen des Lebenslagenkonzepts können Auslöser dafür gefunden werden. Die Annahme ist, dass der Mensch Konflikte in den verschiedenen Bereichen des Lebenslagenkonzepts nicht durch die Nutzung seiner Ressourcen und Fähigkeiten (Lebenslage) positiv angehen kann. Mit Hilfe der Substanzen soll die Frustration überbrückt werden. Über den Mechanismus des Belohnungssystems, gezeigt im Kapitel 1.3.2 „Das physiologische Suchtmodell“, werden stark befriedigende Reize erzeugt. Diese Reize sind so effizient, dass alle anderen Gefühle und Bedürfnisse in den Hintergrund treten. Im Kapitel 1.4.2 „Die Wirkung der Opiode“ wurde dargestellt, dass diese unter anderem einen euphorisierenden, entspannenden Effekt haben und intensive Glücksgefühle erzeugen.

Durch diese Lebensweise, d.h. die Konsumation, kann der opioidabhängige Mensch die Diskrepanz zwischen Lebenslage und Lebensziele umgehen. Mehr noch: Abhängigkeit

zeichnet sich, wie in Kapitel 1.7 „Auswirkungen des Opioidabhängigkeitssyndroms“ dargestellt, dadurch aus, dass die Substanz wegen ihrer stark euphorisierenden Wirkung immer mehr zum zentralen Lebensinhalt und damit selber zu einem der wichtigsten Lebensziele wird.

Jedoch, wie bereits beim Kapitel 1.7 „Auswirkungen des Opioidabhängigkeitssyndroms“ gesehen, hat die Abhängigkeit grosse Auswirkungen auf diverse Bereiche des Lebens. Diese Lebensbereiche sind auch im Lebenslagenkonzept wieder zu finden. Hierzu drei Beispiele zur Verdeutlichung: Durch die Opioidabhängigkeit können Beziehungen in der Gemeinschaft betroffen sein. Beziehungen verschlechtern sich, weil beispielsweise das gegenseitige Vertrauen beschädigt wurde und Rollenanforderungen nicht mehr erfüllt werden können. Vielleicht lösen sich dadurch tragende Beziehungen auf und der opioidabhängige Mensch verliert wichtige Bezugspersonen. Durch die Abhängigkeit können Probleme am Arbeitsplatz entstehen und zu einem Verlust des Arbeitsplatzes führen, was eine Abhängigkeit von anderen Menschen zur Folge hätte. Ebenso ist auch die Gesundheit des opioidabhängigen Menschen gefährdet. Das Konsumverhalten und die Doppeldiagnosen führen dazu, dass schwerwiegende Erkrankungen entstehen können, welche die Möglichkeiten des Menschen einschränken, so kann dadurch etwa keiner geregelten Arbeit nachgegangen werden.

Die Folgen des Abhängigkeitssyndroms bergen weitere Gefahren. So kann es vorkommen, dass das Individuum die an sich selber gestellten Erwartungen nicht erfüllen kann. Das Wollen (die Lebensziele) und Können (die Lebenslage) stehen sich hier wieder gegenüber. Die Unfähigkeit, diese Diskrepanz zu überwinden, hat wiederum einen negativen Effekt auf das Lebensgefühl. Durch die abhängigkeitsbedingten Veränderungen der Lebensweise entspricht der Mensch auch nicht mehr den Erwartungen, die an ihn von Seiten der Gesellschaft gestellt werden. Er kann die Erwartungen nicht oder nur noch teilweise erfüllen. Das kann sich wiederum negativ auf das Lebensgefühl auswirken.

Der opioidabhängige Mensch kann den Rollen, die ihm verschiedene Lebensbereiche zuteilen, nicht oder nicht mehr gerecht wird. Dies wäre aber, wie im vorhergehenden Teilkapitel erläutert, wichtig, um an gesellschaftlichen Aktivitäten teilnehmen zu können. Die Auswirkungen seiner Opioidabhängigkeit führen also schliesslich zu einer Exklusion aus bestehenden Gruppen. Ausserdem wird eine Integration in neue Gruppen immer schwieriger. Isolation ist die Folge. Damit werden opioidabhängige Menschen jedoch auch von den Verteilungs- und Geltungskämpfen innerhalb der Gruppen ausgeschlossen, womit für sie wichtige Ressourcen nicht mehr zugänglich sind. Ressourcen, wie zum Beispiel tragende und unterstützende Beziehungen, Anerkennung von anderen Menschen durch eine sinnvolle Arbeit, das Einkommen über die Einbindung in den Arbeitsmarkt. Somit reduzieren sich die positiven Mittel, die zur Befriedigung der Bedürfnisse gebraucht werden, zu Gunsten der negativen Mittel, die Belastungen und Zwänge verursachen. Opioidabhängigen Menschen bleiben kaum Ressourcen, um ihre Lebenssituation zu beeinflussen und ihre Lebensziele zu erreichen. Diese Diskrepanz kann kaum ausgeglichen werden. Um wieder ein vermeintliches Gleichgewicht herzustellen, werden abhängigkeitserzeugenden Substanzen konsumiert. Zudem hat der opioidabhängige Mensch mittels Nutzung des Belohnungssystems gelernt, dass er am schnellsten seine

unguten Gefühle verdrängen kann, wenn er Substanzen konsumiert. Andere Lösungsstrategien, welche die Diskrepanz auflösen oder zumindest zu einem bessern Lebensgefühl führen würden, werden kaum mehr angegangen, weil sie im Verhältnis zum Substanzkonsum langwieriger und kurzfristig weniger erfolgsversprechend sind.

3.3 Trauernde opioidabhängige Menschen im Lebenslagenkonzept

Erleidet ein opioidabhängiger Mensch den Verlust einer nahe stehenden Person, so sieht er sich genauso wie alle Hinterbliebenen mit verschiedenen Schwierigkeiten konfrontiert. Dargestellt im Lebensweltmodell bedeutet der Verlust einer nahen Person den Wegfall einer Ressource, was einer Verminderung der positiven Mittel der Lebenslage entspricht. Wie im Kapitel 2.4.1 „Erklärungsmodelle“ gezeigt, zieht der Tod eines nahen Menschen Verluste in vier Kategorien nach sich:

- Verlust instrumenteller Unterstützung. Dies beispielsweise, wenn der/die Verstorbene verlässlich die Substanz in guter Qualität besorgte, für das Einkommen sorgte oder die Kinder der abhängigen Mutter regelmässig zu sich nahm.
- Verlust validierender Unterstützung. Dies zum Beispiel, wenn die verstorbene Person das Verhalten der hinterbliebenen Person verstand.
- Verlust emotionaler Unterstützung. Dies etwa, wenn die verstorbene Person eine Vertrauensperson der hinterbliebenen Person war.
- Verlust sozialer Identität. Gesellschaftlicher Status und Rechte gehen verloren, man ist beispielsweise neu Witwer statt Ehemann. Zudem fallen Verbindungen zu bestimmten gesellschaftlichen Gruppen weg, denen die verstorbene Person angehörte. Z.B bewegt sich die opioidabhängige Witwe eines nicht opioidabhängigen Lehrers nicht mehr in Pädagogenkreisen.

Diese Ressourcen waren für die hinterbliebene Person jedoch wichtig zur Erreichung eines Gleichgewichts bezüglich Lebenszielen, Lebenslage und Lebensweise und damit für ein gutes Lebensgefühl. Durch ihren Wegfall entsteht eine Diskrepanz, denn ein Teil der Lebensziele kann nicht mehr mit den bewährten Lebensweisen und Lebenslagen erreicht werden. Hinzu kommt, dass vorübergehend ein neues Lebensziel hinzukommt, welches in der Wiederherstellung des Kontaktes zur Person besteht, siehe Kapitel 1.4.1 „Erklärungsmodelle“. Trauer ist nun nichts anderes als die Akzeptanz der Unerreichbarkeit des neuen Ziels und die Neukombination der Lebenslagen, Lebensweisen und Lebensziele, siehe dazu auch Kapitel 1.4.1 „Erklärungsmodelle“. Diese Neukombination benötigt stets Zeit, ist in den meisten Fällen aber grundsätzlich möglich.

Im Vergleich zu nicht abhängigen Personen gestaltet sich die Situation für opioidabhängige Menschen aber ungleich schwieriger. Wie im vorhergehenden Teilkapitel erläutert, führt die Abhängigkeit zu einer starken Verminderung der positiven Mittel der Lebenslagen. Fällt nun mit dem Tod eines nahen Menschen wiederum ein positives Mittel weg, kann dieses nur schwer ersetzt werden. Können nicht abhängige Personen auf Ressourcen in verschiedenen Gruppen und Lebensbereichen zugreifen, so bleibt dies abhängigen Menschen bei einer weit fortgeschrittenen Isolation verwehrt, was ungute

Gefühle auslöst. Hinzu kommen zudem weitere negative Gefühle, weil das Lebensziel der Wiederherstellung der Beziehung zur verstorebenen Person nicht erreicht werden kann. Wie im vorhergehenden Teilkapitel beschrieben, verfügen Abhängige mit dem Substanzkonsum über eine Strategie zur Unterdrückung negativer und Hervorrufung positiver Gefühle, die kurzfristig bedeutend effizienter für sie ist als das Durchlaufen des Trauerprozesses. Viele opioidabhängige Menschen trauern deshalb kaum. Gemäss Bowlby und dem erweiterten Aufgabenmodell von Stroebe/Stroebe ist das Erleben und Durchleben des Trauerschmerzes aber eine Voraussetzung, um eine Neuabstimmung zwischen Lebenslagen, Lebensweisen und Lebenszielen finden zu können. Diese Gefühle können aber durch den Konsum opioidischer Substanzen nicht empfunden werden. Prioritär sind die überlebensnotwendigen Lebensziele, z.B. Substanz- und Geldbesorgung.

Es gilt sich nun die Frage zu stellen, weshalb diese Lebenssituation opioidabhängiger Menschen, die mit dem Tod einer nahe stehenden Person konfrontiert werden, ein Problem darstellt. Es kann ja davon ausgegangen werden, dass diese Menschen einen für sie adäquaten Umgang mit dem Tod eines nahen Menschen gefunden haben.

Das Problem besteht darin, dass mit dem Tod eines nahen Menschen der Opioidkonsum als Ressource zur Bewältigung von Diskrepanzen zwischen Lebenslagen, Lebensweisen und Lebenszielen gefestigt wird und mit ihm auch die darauf entstehenden Schwierigkeiten: Der opioidabhängige Mensch konsumiert, um Diskrepanzen zu bewältigen, verliert dadurch immer mehr den Anschluss an Gruppen und Lebensbereiche und damit den Zugang zu positiven Mitteln der Lebenslagen, weshalb ihm je länger je mehr nur noch der Konsum als Ressource bleibt. Zudem mag der Substanzkonsum zwar als Bewältigungsstrategie für den Tod eines nahe stehenden Menschen kurzfristig dienen, er ist der Trauer aber nicht gleichzusetzen. Der Trauerprozess ist zwar oft langwierig und schmerzhaft, führt aber im Regelfall zur Erfüllung aller in Kapitel 2.4.3 „Aufgabenmodelle“ erwähnten Aufgaben. Damit findet eine Neuorganisation des Lebens statt, was zu dauerhaft gleichgewichtigen Beziehungen zwischen Lebenslagen, Lebensweisen und Lebenszielen und damit einem guten Lebensgefühl beiträgt. Der Substanzkonsum dagegen ist nicht schmerzhaft, er löst die Situation aber auch nicht dauerhaft. Denn sobald die konsumierte Substanz einmal abnimmt oder wegfällt, machen sich die auch nach Jahren noch bestehenden Diskrepanzen bemerkbar und wollen ausgeglichen werden. Dazu müssen dann Ressourcen und Strategien aktiviert werden, um die negativen Gefühle verschaffen zu können. Das Problem liegt darin, dass der betroffene Mensch, wie bereits im vorhergehenden Teilkapitel gesehen, über sehr wenige Ressourcen verfügt und diese erst wieder aufbauen und erschliessen muss.

Die Verdrängung des Trauerprozesses mittels Substanzkonsum entspricht zudem einem inhibitorischen Prozess, der, wie im Teilkapitel 2.3 „Pathologische Entwicklung der Trauer“ beschrieben, die Entstehung von psychischen Erkrankungen fördert. Hinzu kommen oft weitere Aspekte, die diese Entwicklung begünstigen. Dazu gehört auch die mangelnde soziale Unterstützung und Isolation, mit welcher opioidabhängige Menschen oft konfrontiert sind. Zudem gilt es zu beachten, dass bei vielen opioidabhängigen Menschen eine Doppeldiagnose vorliegt. Je nach bereits vorhandener psychischer Erkrankung werden Trauerreaktionen begünstigt, die als Bestandteile der komplizierten

Trauer definiert sind, die wiederum die Erkrankung an einer zusätzlichen oder die Verschlimmerung der bestehenden psychischen Störung fördert. Opioidabhängige Menschen, die mit dem Tod einer nahe stehenden Person konfrontiert werden, sind also anfälliger für psychische Erkrankungen als Trauernde, die keinen Abhängigkeitshintergrund aufweisen.

3.4 Zusammenfassung des Kapitels

Das vorliegende Kapitel betrachtet die Situation opioidabhängiger Menschen, die mit dem Tod einer nahe stehenden Person konfrontiert werden, anhand des Lebenslagenkonzepts von Gregor Husi und Marcel Meier-Kressig. Das Lebenslagenkonzept ist ein gesellschaftstheoretisches Modell, welches von individuellen, sich gegenseitig bedingenden Lebensverhältnissen ausgeht. Diese sind die Lebenslage (Fähigkeiten, Ressourcen), die Lebensziele, die Lebensweise (Handlungen) und das Lebensgefühl. Über das Zusammenspiel dieser Faktoren und körperlicher Merkmale entscheidet sich, ob ein Mensch den Rollen, die einzelne gesellschaftliche Gruppierungen an ihn richten, gerecht wird. Die Erfüllung der Rollen ist von grosser Bedeutung, entscheidet sie doch über Inklusion in die Gruppierung, in der Verteilungskämpfe um die vorhandenen Ressourcen und Geltungskämpfe um allgemeingültige Werte und Vorstellungen statt finden.

Die Ausgangslage einer Opioidabhängigkeit kann eine Diskrepanz zwischen Lebenslage und Lebenszielen sein, welche ein negatives Lebensgefühl bedingt. Verschiedene Ursachen führen schliesslich zum Abhängigkeitssyndrom. Opioidabhängige Menschen haben mit dem Substanzkonsum eine sehr potente Ressource und Lebensweise gefunden, ihr Lebensgefühl zu steigern. Es gibt kaum eine andere Lebensweise, die das Belohnungssystem so stark anregt wie der Opioidkonsum. Durch die Auswirkungen des Abhängigkeitssyndroms wird das Individuum aber vielen Rollen nicht mehr gerecht und deshalb aus vielen Lebensbereichen exkludiert, nimmt an immer weniger Verteilungskämpfen teil und hat so nur noch wenige Ressourcen zur Erreichung der Lebensziele zur Verfügung. Das Scheitern darin birgt wiederum ein negatives Lebensgefühl, welches mit erneutem Substanzkonsum verbessert wird. Der Verlust einer nahen Person kommt dem Wegfall einer Ressource gleich, die zum Ausgleich der Lebenslage, Lebensziele, Lebensweise und dem Lebensgefühl notwendig war. Diese Faktoren müssen nun neu kombiniert werden, was opioidabhängigen Menschen besonders schwer fällt, sind ihre Ressourcen doch stark limitiert. Mit dem Substanzkonsum verfügen Abhängige über eine Strategie zur Unterdrückung negativer und Hervorrufung positiver Gefühle, die kurzfristig bedeutend effizienter und effektiver für sie ist, als das Durchlaufen des Trauerprozesses. Viele opioidabhängige Menschen trauern deshalb kaum.

Das Problem besteht darin, dass mit dem Tod eines nahen Menschen der Opioidkonsum als Ressource gefestigt wird und mit ihm auch die daraus entstehenden Schwierigkeiten. Zudem machen sich die Diskrepanzen zwischen Lebenslage, Lebensweise, Lebenszielen und Lebensgefühl bemerkbar, sobald die konsumierte Substanz einmal abnimmt oder wegfällt. Die Verdrängung des Trauerprozesses mittels Substanzkonsum entspricht ausserdem einem inhibitorischen Prozess, der die Entstehung von psychischen

Erkrankungen fördert. Hinzu kommen bei opioidabhängigen Menschen oft weitere Aspekte, die diese Entwicklung begünstigen, so etwa die soziale Isolation.

Wichtig ist zu betonen, dass die in diesem Kapitel dargestellten Dynamiken keine Allgemeingültigkeit für alle opioidabhängigen Menschen besitzen. Sie zeigen lediglich Tendenzen auf. Die genaue Lebenssituation einzelner Menschen muss stets individuell analysiert werden.

4 Trauerarbeit bei opioidabhängige Menschen als Aufgabe der Sozialen Arbeit

Um zu klären, ob die Trauerarbeit bei opioidabhängige Menschen eine Tätigkeit der Sozialen Arbeit darstellen kann oder soll, muss überprüft werden, ob sie dem Gegenstand der Sozialen Arbeit entspricht. Im vorliegenden Kapitel wird diese Frage an Hand vier verschiedener Gegenstandsbestimmungen geklärt, denen die Autorinnen die Trauerarbeit an Hand eigener Überlegungen zuordnen. Zudem erfolgt im Anschluss daran eine Abgrenzung zur Psychotherapie.

4.1 Gegenstand der Sozialen Arbeit

Der Gegenstand einer wissenschaftlichen Disziplin ist deren Erkenntnisobjekt, auf das sich alle theoretischen und praktischen Bemühungen richten (Hiltrud von Spiegel, 2004, S. 22). Bezüglich der Sozialen Arbeit konnte die Frage nach dem Gegenstand bisher nicht abschliessend geklärt werden. Es bestehen aber verschiedene aus grösseren Theoriezusammenhängen entstandene Annäherungen. Nach Ansicht der Autorinnen fasst Hiltrud von Spiegel (2004) diese Vielfältigkeit auf praktische und doch nicht reduzierende Weise zusammen, weshalb im Folgenden mit ihren Ausführungen gearbeitet wird. Sie beschreibt vier Gegenstandsbestimmungen (2004, S. 23-36), auf die nachfolgend in aller Kürze eingegangen wird. Ihren Ausführungen sind die Überlegungen der Autorinnen der vorliegenden Arbeit angefügt, die klären sollen, ob und in wie weit die Trauerarbeit bei opioidabhängige Menschen in den jeweiligen Gegenstandsbestimmungen Platz findet. Dabei wird nicht näher auf die Arbeit mit opioidabhängigen Menschen generell eingegangen, weil diese sowohl praktisch als auch theoretisch als Aufgabe der Sozialen Arbeit bereits akzeptiert ist.

4.1.1 Die Hilfe zur Inklusionsvermittlung, Exklusionsvermeidung und Exklusionsverwaltung

Sozialisation wird von der neueren Systemtheorie als Selbstsozialisation verstanden, deren Scheitern zu Exklusionsproblemen, also dem Ausschluss aus gesellschaftlichen Gruppen, Organisationen oder Bereichen, führt. Basierend auf dieser Auffassung wird Soziale Arbeit als Handeln in Organisationen aufgefasst, dem die Aufgabe der Bearbeitung spezifischer und identifizierbarer Exklusions- bzw. Inklusionsproblemen zufällt. (Von Spiegel, 2004, S. 24-26)

Wie das Kapitel 3.3 „Trauernde opioidabhängige Menschen im Lebenslagenkonzept“ aufgezeigt hat, bedeutet der Tod einer nahe stehenden Person der Verlust einer Ressource. Dies hat verschiedene Auswirkungen. So kann die trauernde Person etwa die Verbindung zu gesellschaftlichen Gruppen und Systemen verlieren, deren sie zuvor angehörte. Beispiele dafür können etwa das berufliche Umfeld des verstorbenen Ehemannes oder der erweiterte Freundeskreis eines guten Kollegen darstellen. Dies entspricht einer Exklusion. Weil opioidabhängige Menschen oft nur zu wenigen gesellschaftlichen Systemen Zugang haben, wiegt diese Exklusion besonders stark.

Gewisse Trauerreaktionen erschweren zudem die Inklusion in neue Systeme, als Beispiel sei hier der soziale Rückzug genannt. Ebenfalls kann es zu einer Erschwerung der Inklusion kommen, wenn opioidabhängige Menschen den Verlust der Ressource und ihre eigenen negativen Gefühle mittels (erhöhtem) Substanzkonsum überdecken. Denn wie im Kapitel 1.7 „Auswirkungen des Opioidabhängigkeitssyndroms“ aufgezeigt, führt dies zu weitreichenden Folgeproblemen, die hinderlich für eine Integration in diverse Bereiche der Gesellschaft sein können. Für opioidabhängige Menschen bedeutet der Tod eines nahen Menschen also sowohl ein Exklusions- als auch ein Inklusionsproblem. Die Trauerarbeit will diese Probleme mindern oder ihr Auftreten verhindern. Deshalb ist sie Bestandteil des Gegenstandes der Sozialen Arbeit und damit eine Aufgabe für ebendiese, dies gemäss der vorliegenden Gegenstandsbestimmung im Kontext beruflichen Handelns in einer Organisation.

4.1.2 Das Bearbeiten sozialer Probleme

Auch das Lösen, Lindern und Verhindern sozialer Probleme wird als Gegenstand der Sozialen Arbeit betrachtet. Dabei wird ein Problem von Arist von Schlippe und Jochen Schweitzer (2007) als veränderbarer Zustand beschrieben, der von jemandem als unerwünscht betrachtet wird. (S. 103) Diese Gegenstandsbestimmung hat ebenfalls systemische Bezüge und wird von Silvia Staub-Bernasconi proklamiert. (Von Spiegel, 2004, S. 26-28) International übernommen wurde diese Gegenstandsbestimmung durch die Definition der Sozialen Arbeit (Beat Schmocker, 2004, S. 9).

Der Tod einer nahe stehenden Person und die darauf folgende Trauer begründen soziale Probleme, wie etwa bereits erwähnt Exklusion und fehlende Integration, um nur zwei zu nennen. Das Ziel der Trauerarbeit ist die Unterstützung bei der Überwindung dieser Probleme und kann als Prävention weiterer sozialer Probleme betrachtet werden. Eine nicht verhinderte pathologische Entwicklung der Trauer, siehe Kapitel 2.3 „Pathologische Entwicklung der Trauer“, würde etwa zu psychischen Erkrankungen und damit einhergehenden sozialen Problemen führen. Deshalb entspricht die Trauerarbeit bei opioidabhängigen Menschen auch dieser Gegenstandsbestimmung.

4.1.3 Die Unterstützung im Alltag

Die Gegenstandsbestimmung der Sozialen Arbeit entlang der Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch (2003, S. 5) konzentriert sich auf den Alltag der Menschen.

„Lebensweltorientierung meint den Bezug auf die gegebenen Lebensverhältnisse der Adressanten, in denen Hilfe zur Lebensbewältigung praktiziert wird, meint den Bezug auf individuelle, soziale und politische Ressourcen, meint den Bezug auf soziale Netze und lokale/regionale Strukturen.“ (Thiersch, 2003, S. 5).

Von Spiegel besagt in Anlehnung an Thiersch, dass professionelle Kompetenz eingesetzt wird, um den Alltag zu reorganisieren, damit ein gelingender Alltag möglich wird. Dabei wird vor allem den Ressourcen und Problemen im sozialen Umfeld Beachtung geschenkt. (Von Spiegel, 2004, S. 29-31)

Der Tod eines nahe stehenden Menschen hat für opioidabhängige Menschen zumeist grossen Einfluss auf deren Alltag. Die von Stroebe/Stroebe dargestellten vier Verluste bezeichnen den Wegfall von Ressourcen, die bisher zur Bewältigung des Alltages nötig waren oder diese doch positiv unterstützten. Gelingt es Trauernden nun nicht, die dadurch entstehenden Probleme selber zu bewältigen, ist die Soziale Arbeit gefragt. Dies dürfte bei opioidabhängigen Menschen zumindest in einigen Bereichen der Fall sein, verfügen sie doch, wie bereits mehrmals erwähnt, meist über eine beschränkte Menge an Ressourcen, die zur Problembewältigung herangezogen werden können. Trauerarbeit beinhaltet auch die Ressourcenaktivierung und Ressourcenevaluation, weshalb sie als Bestandteil des Gegenstandes der Sozialen Arbeit bezeichnet werden kann.

4.1.4 Die Soziale Arbeit als Dienstleistung

Die Bielefelder Schule betrachtet den Gegenstand der Sozialen Arbeit als die Erbringung sozialer Dienstleistungen. Dabei geht es auch hier um die Bearbeitung individueller Problemlagen in Richtung der sozialen Problembewältigung. Gewicht wird aber darauf gelegt, dass das Passungsverhältnis von Angebot und Nachfrage optimiert wird, wobei die Nachfragedimension ins Zentrum gestellt wird. (Von Spiegel, 2004, S. 31-34)

Trauerarbeit soll also dann Tätigkeit der Sozialen Arbeit sein, wenn es um die Bearbeitung individueller sozialer Problemlagen geht, die von der nachfragenden Person, d.h. vom Klienten/von der Klientin, ausdrücklich gefordert wird. Dass der Tod eines nahen Menschen und die darauffolgende Trauer ein individuelles soziales Problem darstellt, dessen Bewältigung mit Hilfe der Trauerarbeit gefördert wird, wurde in der vorliegenden Arbeit bereits ersichtlich. Trauerarbeit gehört aber nur dann in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit, wenn der Klient/die Klientin diese erbittet. Das bedeutet jedoch nicht, dass der erste Schritt dem Klientel überlassen werden und ein Gesprächsangebot nicht erfolgen sollte. Die Soziale Arbeit muss das Angebot der Trauerarbeit erklären, die Entscheidung über die Zusammenarbeit liegt aber ganz bei der betroffenen Person. Es muss also ein echtes Interesse an der Nutzung des Angebotes bestehen.

4.1.5 Von Spiegels zusammenfassende Gegenstandsbestimmung

Genauso wie die Autorinnen sieht Hiltrud von Spiegel zahlreiche Gemeinsamkeiten in diesen vier Gegenstandsbestimmungen. Sie hat die wichtigsten Elemente davon wie folgt zusammengefasst:

„Alle Theorien betonen die wechselseitige Bedingtheit von staatlichem Auftrag, institutioneller Organisation und personenbezogener Arbeit mit den Adressaten und alle fokussieren die Arbeit an sozialen Problemen und an der Stärkung der Ressourcen mit dem Ziel der Normalisierung.“ (Von Spiegel, 2004, S. 35)

Trauerarbeit fällt also in den Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit, wenn...

- ...sie in den staatlichen Auftrag oder die institutionellen Zuständigkeit passt.
- ...Ressourcen gestärkt werden müssen.
Wie den bisherigen Ausführungen der vorliegenden Arbeit zu entnehmen ist, ist die Gefahr gross, dass opioidabhängige Menschen nicht über genügend Ressourcen zur Bewältigung des Todes einer nahe stehenden Person verfügen.
- ...die Situation des Klientels von der Normalität abweicht.
Trauer ist dann nicht normal, wenn sie die Anzeichen einer komplizierten Trauer aufweist. Weil bei opioidabhängigen Menschen oft Risikofaktoren für eine pathologische Entwicklung vorhanden sind, so z.B. weit fortgeschrittene Isolation oder Trauerverdrängung, dürfte diese Bedingung in den meisten Fällen erfüllt sein.
- ... sie hilft, soziale Probleme zu bearbeiten.
Wie bereits gesehen, entspricht der Tod eines nahe stehenden Menschen und die Verluste, die dadurch entstehen, sozialen Problemen.

Es darf also davon ausgegangen werden, dass die Trauerarbeit bei opioidabhängige Menschen von der Sozialen Arbeit gemäss ihrer Gegenstandsbestimmung geleistet werden kann und soll. Dies jedoch nur dann, wenn der institutionelle Kontext, das fachliche Wissen und die Einstellung des Klienten/der Klientin es erlauben.

4.2 Abgrenzung zur Psychotherapie

Die Soziale Arbeit ist nicht die einzige Disziplin, die sich mit dem Menschen und seinen Problemen auseinandersetzt. Sie existiert vielmehr in einem Nebeneinander mit der Medizin, der Psychotherapie, der Seelsorge, ehrenamtlichen Aktivitäten usw. Deshalb stellt sich die Frage, wann die Intervention welcher Disziplin gefragt ist. Obwohl bereits im vorgängigen Kapitel 4.1 „Gegenstand der Sozialen Arbeit“ aufgezeigt wurde, dass Trauerarbeit bei opioidabhängige Menschen grundsätzlich in das Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit fällt, so muss an dieser Stelle doch eine Abgrenzung erfolgen. Diese soll nicht dazu dienen, der Sozialen Arbeit oder anderen Disziplinen die Trauerarbeit zu „verbieten“. Wenn Menschen Unterstützung nötig haben, so ist nach Ansicht der Autorinnen in erster Linie wichtig, dass sie diese erhalten - vorerst unabhängig davon, wer sie leistet. Weil sich die Soziale Arbeit aber als Profession versteht, ist die Reflexion gemäss Weber (2003) unabdingbarer Bestandteil ihrer selbst. (S. 10) Deshalb muss nicht nur gehandelt, sondern auch abgeklärt werden, ob die Soziale Arbeit für das vorliegende Problem kompetente Ansprechpartnerin ist, oder ob andere Disziplinen mit anderen Methoden effizienter und effektiver an die Problemlösung herangehen könnten.

Im Folgenden wird auf die Abgrenzung der Sozialen Arbeit zur Psychotherapie bezüglich der Trauerarbeit bei opioidabhängige Menschen eingegangen. Auf die Abgrenzung zu weiteren Disziplinen wird verzichtet, weil sich diese nach Ansicht der Autorinnen in einem anderen Kontext als Soziale Arbeit und Psychotherapie bewegen. So ist die ehrenamtliche Tätigkeit keine Profession und stützt ihr Handeln nicht auf umfassende Theorien, die Medizin beschäftigt sich mit Problemen, die hauptsächlich körperliche Ursachen haben und behandelt mit chirurgischen und medizinischen Mitteln und die Seelsorge gründet auf religiösen Vorstellungen, die heute nicht mehr für alle Menschen Gültigkeit haben. Soziale

Arbeit und Psychotherapie sind auf den ersten Blick jedoch schwerer auseinanderzuhalten, nutzen beide doch teilweise die selben theoretischen Grundlagen und bedienen sich ähnlicher Methoden.

Der grösste Berufsverband der Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und Psychologen/Psychologinnen der Schweiz, die Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) definiert die Psychotherapie als die Behandlung psychischer Störungen nach Definition der WHO und der Gesundheitsvorsorge und -erhaltung. Dies entspricht auch der Definition von Jerzy Aleksandrowicz: *„Therapy' essentially means that the use of different specific procedures has to cure or at least ameliorate an illness. (...) Psychotherapy must be limited to those cognitions and/or personality disturbances which spawn the occurrence of disease.“* (2003, S. 108)

Damit wird der Tätigkeitsbereich der Psychotherapie auf psychische Probleme, Störungen und Krankheiten, wie sie im ICD-10 verzeichnet sind, eingeschränkt.

Trauer ist grundsätzlich eine normale biologische Reaktion basierend auf dem Bindungsverhalten, wie im Kapitel 2.4.1 „Erklärungsmodelle“ dargestellt wurde. Grundsätzlich stellt die Trauerarbeit also kein Tätigkeitsfeld der Psychotherapie dar. Diese Aussage ist im Bezug auf trauernde opioidabhängige Menschen jedoch genauer zu betrachten: Wie bereits im Kapitel 1 „Opioidabhängigkeit“ aufgezeigt wurde, entspricht die Opioidabhängigkeit einer psychischen Erkrankung laut ICD-10 Kapitel fünf, die oft mit weiteren psychischen Störungen einhergeht, siehe Kapitel 1.5 „Doppeldiagnosen“. Zudem wurde bereits mehrfach erwähnt, dass Trauer gerade bei opioidabhängigen Menschen eine pathologische Entwicklung annehmen und so schliesslich zu psychischen Erkrankungen führen kann. Basierend auf diesen Grundlagen kann davon ausgegangen werden, dass bezüglich trauernder opioidabhängiger Menschen neben den durch den Todesfall ausgelösten sozialen Problemen meist auch psychische Probleme vorhanden sind. Wie Udo Rauchfleisch (1996) aufzeigt, stehen diese beiden Problemarten in enger Wechselwirkung zueinander und es ist oft nicht auszumachen, ob die Ursache für die Eskalation sozialer Probleme bei den psychischen Schwierigkeiten liegt oder umgekehrt (S. 81). Wenn aber Trauer psychische Probleme auslöst oder durch psychische Probleme stark beeinflusst wird, muss die oben getroffene Aussage revidiert werden. In diesem Fall kann Trauerarbeit sehr wohl zur psychotherapeutischen Aufgabe werden, die mittels professionseigenen Methoden angegangen werden muss.

Liegt dieser Fall vor, können beide Disziplinen Trauerarbeit zu ihrem Aufgabenbereich zählen. Wichtig ist jedoch, wie Rauchfleisch (1996) schreibt, dass sich Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit und der Psychotherapie nicht entweder auf die soziale oder die psychische Dimension beschränken, sondern stets beide Aspekte gleichermassen berücksichtigen, wobei Prioritäten entlang der beruflichen Grundausbildung gesetzt werden (S. 81-82). Dabei scheint es den Autorinnen wichtig zu erwähnen, dass eine parallele Trauerarbeit durch Soziale Arbeit und Psychotherapie auf Grund der starken Wechselwirkungen sozialer und psychischer Probleme wenig Sinn macht.

Wenn also nicht entweder soziale oder psychische Probleme bezüglich des Todesfalles klar überwiegen, kann nicht generell geklärt werden, welche Profession die Trauerarbeit bei einen opioidabhängigen Menschen übernehmen soll. Vielmehr spielen individuelle Aspekte eine wichtige Rolle. Dabei können etwa folgende Fragen zur Klärung der Zuständigkeit dienen:

- Was ist der Wunsch des Klienten/der Klientin?
- Wo ist der Klient/die Klientin bereits angegliedert?
- Zu wem besteht ein Vertrauensverhältnis?
- Welche Methoden haben dem Klienten/der Klientin in der Vergangenheit geholfen?
- Wo liegen die persönlichen und fachlichen Grenzen der Fachpersonen aus beiden Professionen?
- Etc.

4.3 Zusammenfassung des Kapitels

Der Gegenstand, der das Erkenntnisobjekt einer Disziplin bezeichnet, konnte für die Soziale Arbeit bisher nicht eindeutig bestimmt werden. Die vorliegende Arbeit geht auf vier Gegenstandsbestimmungen ein, die aus grossen Theoriezusammenhängen entstanden, nämlich auf die Hilfe zur Exklusionsvermeidung, Inklusionsvermittlung und Exklusionsverwaltung, auf das Bearbeiten sozialer Probleme, auf die Unterstützung im Alltag und auf die Soziale Arbeit als Dienstleistung. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Trauerarbeit in den Gegenstand der Sozialen Arbeit passt, weil bei trauernden opioidabhängigen Menschen Ressourcen gestärkt und durch Tod und Trauer entstandene soziale Probleme bearbeitet werden müssen. Zudem ist das Risiko gross, dass opioidabhängige keine einfache Trauer, sondern eine komplizierte Trauer durchleben. Beachtet werden muss aber, ob Trauerarbeit in den Auftrag und die Zuständigkeit der jeweiligen sozialen Institution integriert werden können und ob der Klient/die Klientin eine entsprechende Begleitung wünscht. Eine klare Abgrenzung zur Psychotherapie ist dabei oft nicht möglich. Trauerarbeit kann grundsätzlich zwar nicht als Aufgabe der Psychotherapie betrachtet werden, weil Trauer eine biologisch bedingte Reaktion und kein psychisches Problem darstellt. Trotzdem zählt die spezifische Trauerarbeit bei opioidabhängigen Menschen doch in vielen Fällen zum Aufgabengebiet der Psychotherapie, weil opioidabhängige Menschen oft bereits unter psychischen Krankheiten leiden und Risikofaktoren vorhanden sind, die eine pathologische Entwicklung hin zu psychischen Erkrankungen fördern. Auf Grund der starken Wechselwirkung zwischen sozialen und psychischen Problemen kann oft nicht eindeutig bestimmt werden, welche Disziplin sich der Trauerarbeit annehmen muss, wichtig ist jedoch eine Bearbeitung aller Probleme. Die Zuständigkeit muss im individuellen Fall z.B. über die bisherige Angliederung des Klienten/der Klientin, vorhandene Wünsche und Fähigkeiten geklärt werden.

5 Konkrete Beratungsansätze

In diesem Kapitel werden von den Autorinnen auf der Basis der bisher erarbeiteten theoretischen Grundlagen konkrete Beratungsansätze abgeleitet, dies entlang des zirkulären Problemlösungsprozesses nach Esther Weber (2003). Ihm vorangestellt ist das fiktive Fallbeispiel einer opioidabhängigen Frau, deren Schwester bei einem Unfall ums Leben kommt. Dieses soll in den einzelnen Teilkapiteln herangezogen werden, um die theoretischen Ausführungen praktisch zu illustrieren. Ebenfalls zur Verdeutlichung verwendet werden Zitate aus Gesprächen, die die Autorinnen mit Experten/Expertinnen geführt haben. Diese Gruppe beinhaltet sowohl trauernde opioidabhängige Menschen als auch Praktiker/Praktikerinnen der Sozial- und Trauerarbeit.

5.1 Zirkulärer Problemlösungsprozess

Weil es kein Modell der Sozialen Arbeit zum Beratungsprozess mit Trauernden, geschweige den trauernden opioidabhängigen Menschen, gibt, dient im Folgenden der zirkuläre Problemlösungsprozess nach Esther Weber (2003) als Grundstruktur des Beratungsprozesses. Dies, da er gemäss der Meinung der Autorinnen alle Bestandteile methodischen Arbeitens enthält, welche insbesondere planvolles Arbeiten, zielgerichtetes Handeln und Reflexion sind. Ausserdem integriert Weber wichtige Konzepte der Sozialen Arbeit ins Modell, so etwa den Systembegriff, die Lösungsorientierung und die Ausrichtung am Klientel. Zusätzlich ist zu erwähnen, dass der zirkuläre Problemlösungsprozess in Praxis und Ausbildung Anwendung findet.

Weber (2003, S. 10) stellt den zirkulären Problemlösungsprozess wie folgt dar:

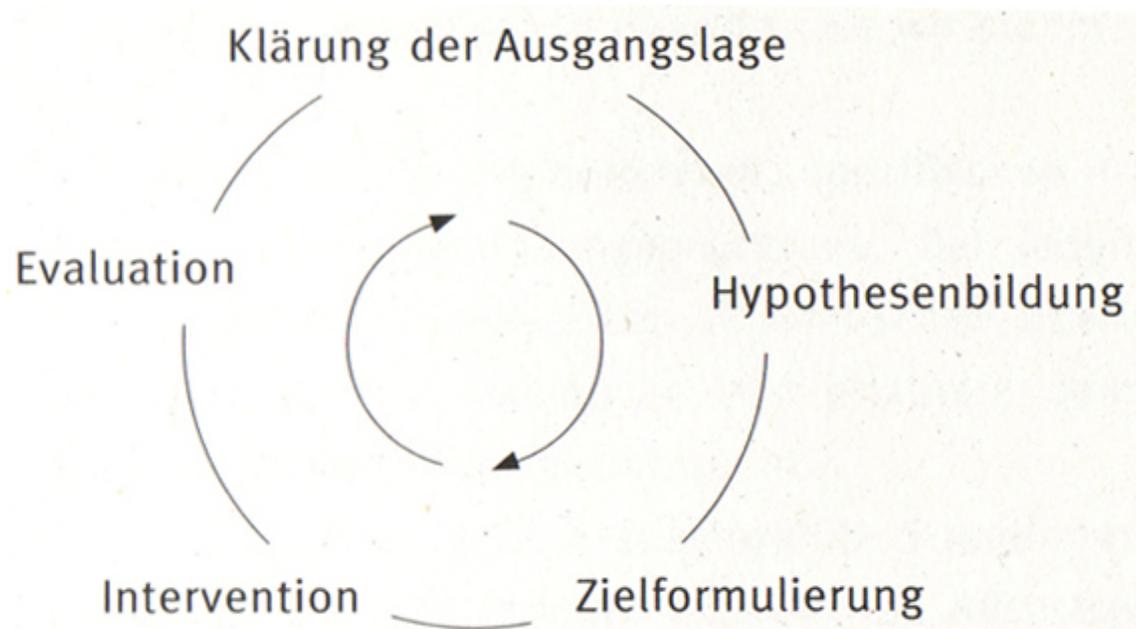


Abbildung 6: Der Problemlösungsprozess nach Esther Weber (Weber, 2003, S. 10)

Gemäss Weber besteht der zirkuläre Problemlösungsprozess aus den fünf Punkten Klärung der Ausgangslage, der Hypothesenbildung, der Zielformulierung, der Intervention und der Evaluation. Auf die einzelnen Punkte gehen die folgenden Teilkapitel genauer ein.

Wie bereits erwähnt hat Weber ein systemisch-lösungsorientiertes Verständnis der Beratung, welches auch den Auffassungen der Autorinnen entspricht. Nachfolgend werden die Kerninhalte der systemischen Theorie und der Lösungsorientierung nur in aller Kürze festgehalten, weil die Autorinnen davon ausgehen, dass diese den Fachpersonen der Sozialen Arbeit bekannt sind.

In der Systemtheorie wird davon ausgegangen, dass der Mensch ein System bildet. Das System wird vom Menschen selbst konstruiert und reproduziert sich durch die Interaktion mit seiner system-relevanten Umwelt. Somit beobachtet jedes System sich und seine Umwelt aus seiner eigenen Perspektive. Die Sichtweise eines Systems ist demzufolge immer subjektiv. (Martin Hafen, 2007, S. 9-11) Für die Beratungstätigkeit bedeutet dies, dass die Beratung zu einem Teil dieses Systems wird, indem sie sich in der relevanten Umwelt des Systems positioniert. Durch Interaktion kann die beratende Person das System zur Veränderung anstossen und anregen. Der Mensch ist Experte für seine Situation und entscheidet, welche Inputs er annehmen will und welche nicht. Veränderungen können somit nicht aufgezwungen oder vorausgesagt werden. Viele Handlungen der Beratungstätigkeit können aber einen Einfluss auf das System haben. (Hafen, 2007, S. 15-16) Neben dem Systembegriff ist auch die Lösungsorientierung wichtig. Diese besagt, dass man sich nicht mit dem Problem zu befassen braucht, um die Ressourcen zur Problemlösung zu finden. Der Fokus liegt vielmehr von vornherein auf der Konstruktion von Lösungen. (Arist von Schlippe & Jochen Schweitzer, 2007, S. 124)

5.2 Fallbeispiel

Die 35-jährige Sandra ist seit neun Jahren Klientin einer freiwilligen Drogenberatungsstelle. Sie nutzt neben der individuellen Beratung das Angebot der freiwilligen Finanzverwaltung und der Kinderkrippe. Sie ist Mutter von zwei Kindern, der elfjährigen Katja und dem sechsjährigen Dario. Zu den Vätern der Kinder besteht kein Kontakt mehr.

Sandra wurde als Kind von ihrem Vater sexuell missbraucht, ihre sechs Jahre ältere Schwester war davon nicht betroffen. Als Sandra zwölf Jahre alt war, starben ihre Eltern bei einem Autounfall. Ihre Schwester lebte zu dieser Zeit bereits in ihrer eigenen Wohnung und machte eine Lehre als Pflegefachfrau, weshalb sie sich nicht um Sandra kümmern konnte. Diese kam in ein Heim, wo sie bald mit Haschisch und Heroin in Kontakt kam. Beide Substanzen rauchte sie, um sich zu beruhigen und die Vergangenheit verdrängen zu können. Nach dem Heimaustritt begann Sandra eine Lehre als Coiffeuse. Diese musste sie nach dem ersten Lehrjahr wegen ungenügender Leistungen abbrechen. Daraufhin begann sie Heroin zu spritzen. Mit 22 Jahren war Sandra schwer opioidabhängig und lebte auf der Strasse, finanzierte sich ihre Substanzen durch

Prostitution. Sandras Schwester wusste über die Abhängigkeitserkrankung ihrer Schwester Bescheid. Sie versuchte Sandra zu unterstützen, doch diese verweigerte jede Hilfe. Als Sandra schwanger wurde, zog sie, trotz anfänglicher Widerstände, zu ihrer Schwester. Diese half ihr bei der Kinderbetreuung und war immer für Sandra da. Durch ihre Unterstützung konnte sich Sandra stabilisieren, distanzierte sich von der Strasse und ihren Kollegen/Kolleginnen und begab sich in eine methadongestützte Behandlung.

Sandra ist IV-Bezügerin und bezieht eine Vollrente. Ihr wurden eine abhängige Persönlichkeitsstörung und eine Angststörung diagnostiziert. Durch die Angststörung, eine leichte soziale Phobie, ist es ihr nicht möglich, einer geregelten Arbeit nachzugehen. Sandra verfügt über nur sehr wenige Sozialkontakte, sie hat vor allem Kontakt zu Personen, die auch zur freiwilligen Drogenberatungsstelle gehen. Für Sandra ist ihre Schwester eine nahe stehende Vertrauensperson, ebenso wie die Bezugsperson der freiwilligen Drogenberatungsstelle.

Vor einer Woche verunfallte ihre Schwester jedoch mit dem Auto tödlich. Dies hat Sandra destabilisiert. Sie hat wieder begonnen Heroin zu konsumieren und zieht sich völlig zurück. Auf der Drogenberatungsstelle erkennt man die Veränderungen von Sandra und spricht sie darauf an. Gemeinsam wird ein Termin für den nächsten Tag vereinbart, zu dem sie pünktlich erscheint.

5.3 Ausgangslage

Der erste Schritt des Problemlösungsprozesses besteht in der Klärung der Ausgangslage. Deshalb wird im Folgenden auf die Kontextvariablen der Beratung, die Auftragsklärung und die Analyse des IST-Zustandes eingegangen. In einem zweiten Schritt werden die Voraussetzungen für eine Trauerarbeit dargestellt.

5.3.1 Die Klärung der Ausgangslage

Am Anfang jeder Beratung steht die Klärung der Ausgangslage. Darin inbegriffen ist die Auftrags- und Kontextklärung (Selma Koch, 2007a, S. 4). Damit es zu einer Zusammenarbeit kommen kann, muss erst die Auftragsituation abgeklärt werden. Die zentrale Frage dazu lautet: „Wer erwartet was von wem?“ Kann ein Konsens darüber gefunden werden, wird ein Arbeitsbündnis geschlossen, in dem die Inhalte und Rahmenbedingungen der Beratung zwischen der beratenden und zu beratenden Person festgelegt werden. (Koch, 2007a, S. 7-9) Dies bildet nun die Grundlage für die Beratungstätigkeit. Zudem muss geklärt werden, in welchem Kontext sich die Beratung abspielt.

Wie der Auftrag und das Arbeitsbündnis genau aussehen, hängt wesentlich vom Kontext, also den Rahmenbedingungen der Institution, der Rolle und den Voraussetzungen der beratenden Person, den Erwartungen und Erfahrungen der zu beratenden Person, dem Zeitrahmen und der Beteiligung anderer Helfersysteme, ab. Die unten stehende Abbildung verdeutlicht diese Kontextvariablen.

Kontextvariablen in der systemischen Beratung

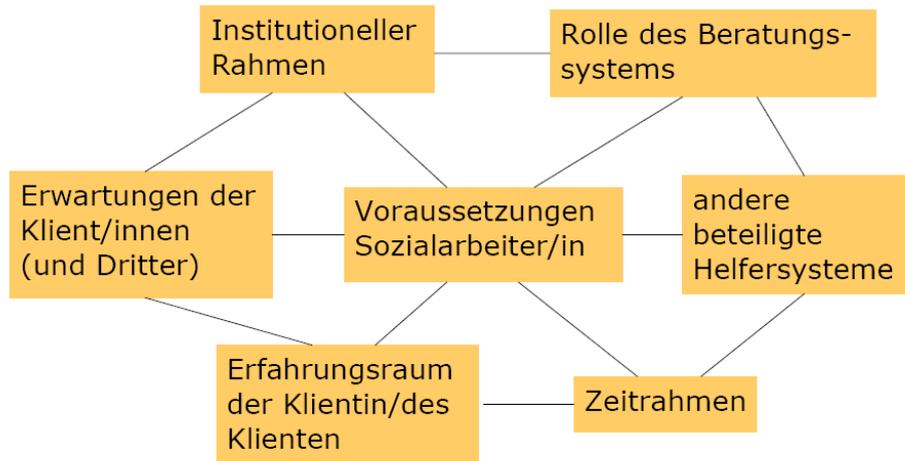


Abbildung 7: Kontextvariablen in der systemischen Beratung (Koch, 2007a, S. 10).

Wie in der Einleitung der Arbeit beschrieben, handelt es sich in diesem Beratungsprozess nicht um eine Erstberatung. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass der Klient/die Klientin bereits seit längerer Zeit ins Beratungssystem eingebunden ist. Im Zentrum dieser Langzeitberatung stehen Problemfelder, die durch die Opioidabhängigkeit entstanden sind. Für die Auftrags- und Kontextklärung ist es wichtig herauszufinden, in welchen Bereichen der opioidabhängige Mensch in seiner Trauersituation Beratung und Unterstützung möchte. Um die gewünschten Problemfelder angehen zu können, muss eine geeignete Institution gefunden werden, die über entsprechende Ressourcen verfügt. Die vielfältigen Auswirkungen der Opioidabhängigkeit führen dazu, dass die betroffenen Menschen oftmals über mehrere Institutionen in ein Beratungssystem eingebunden sind. So erhält ein opioidabhängiger Mensch z.B. vom Sozialamt wirtschaftliche Sozialhilfe, ist zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in ein Arbeitsprogramm der regionalen Arbeitsvermittlungsstelle eingebunden und bekommt von einer freiwilligen Drogenberatungsstelle Unterstützung bei der Wohnungssuche und beim Lösen von psychosozialen Problemen. Es wird in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass die grundsätzliche Auftrags- und Kontextklärung zum Zeitpunkt des Eintretens des Todesfalls eines nahe stehenden Menschen bereits durchgeführt und ein Arbeitsbündnis geschlossen wurde. Ein entsprechender Todesfall im Umfeld des opioidabhängigen Menschen kann großen Einfluss auf das System des opioidabhängigen Menschen haben, so gezeigt im Kapitel 3.3 „Trauernde opioidabhängige Menschen im Lebenslagenkonzept“. Der Verlust kann die Ausgangslage und bestehende Beratungstätigkeiten verändern. Das bedeutet, dass sich die Aufträge und damit die Beratung laufend an die Veränderungen der Ausgangslage anpassen müssen.

Mit Hilfe des Lebenslagenkonzepts von Gregor Husi, siehe Kapitel 3 „Die Lebenssituation trauernder opioidabhängiger Menschen“, kann eine Analyse des IST-Zustandes ausgearbeitet werden. Wichtige Zusammenhänge können so erkannt und systemisch-lösungsorientiert angegangen werden. Die Ausgangslage muss bei jedem einzelnen Kontakt neu geklärt werden, dies vor allem im Bezug darauf, ob unten aufgeführte Voraussetzungen erfüllt sind, d.h. ob in dem Moment überhaupt eine Trauerarbeit stattfinden kann. Konkrete Beispiele zur Klärung der Ausgangslage an Hand des Fallbeispiels:

	Beispiele für Fragen und Aussagen
Analyse des IST-Zustandes	<ul style="list-style-type: none"> • „Was hat sich verändert, seit Ihre Schwester gestorben ist?“ • „Wie würden Sie Ihre Möglichkeiten, mit dem Tod Ihrer Schwester umzugehen, auf einer Skala von eins bis zehn beurteilen, wenn eins „gar keine Möglichkeiten“ und zehn „sehr gute Möglichkeiten“ bedeutet?“ <p>Sogenannte Skalierungsfragen können bei der Analyse des IST-Zustandes dazu dienen, das Gefahrenpotential einer Situation abzuschätzen.</p>
Kontextklärung	<ul style="list-style-type: none"> • „Unsere Gespräche finden wöchentlich hier auf der Drogenberatungsstelle statt und dauern ca. eine Stunde. Dies kann aber angepasst werden, wenn Sie es wünschen. Die Gespräche sind immer freiwillig.“ Diese Aussage dient der Klärung der Rahmenbedingungen. • „Konnten Sie bereits mit jemand anderem über den Tod Ihrer Schwester sprechen?“ Diese Frage dient der Feststellung, ob bereits andere Helfersysteme involviert sind.
Auftragsklärung	<ul style="list-style-type: none"> • „Können Sie sich vorstellen, dass wir beide gemeinsam über den Tod Ihrer Schwester sprechen?“ Mit dieser Frage soll geklärt werden, ob die Klientin den Auftrag der Trauerarbeit an die anwesende beratende Person vergibt. • „Was muss in unseren Gesprächen geschehen, damit Sie einen Nutzen darin sehen?“

Tabelle 10: Beispiele zur Klärung der Ausgangslage (eigene Tabelle)

5.3.2 Die Voraussetzungen für die Trauerarbeit

Um eine Trauerarbeit durchführen zu können, sind gewisse Voraussetzungen notwendig. Nachfolgend dargestellt werden Voraussetzungen der trauernden opioidabhängigen Menschen, der beratenden Person und weitere Voraussetzungen, welche den Autorinnen auf der Grundlage der theoretischen Überlegungen zur Trauer und zum Opioidabhängigkeitssyndrom wichtig erscheinen. Die angeführten Kriterien sind nicht abschliessend und können von der individuellen Situation des Klienten/der Klientin stark beeinflusst werden.

➤ **Voraussetzungen des opioidabhängigen Menschen**

Der Wille zur Bearbeitung der Trauersituation muss vorhanden sein, weil diese nicht ohne die Bereitschaft des Klienten/der Klientin stattfinden kann. Den Zeitpunkt zur Bearbeitung der Trauersituation bestimmt der opioidabhängige Mensch selbst. Er sollte sich bereit dazu fühlen und dem Thema der Trauerbewältigung Beachtung schenken können. Der Klient/die Klientin sollte Zeit haben, sich aufs Thema konzentrieren zu können. Andere Prioritäten, wie Beschaffung von Opioiden, können hinderlich sein. Gefühle sind wichtige Trauerreaktionen und Auslöser weiterer Auswirkungen der Trauer, die im Kapitel 2.2 „Auswirkungen der Trauer“ beschrieben sind. Wie aber im Kapitel 1.4.2 „Die Wirkung der Opiode“ aufgezeigt wurde, haben Opiode eine gefühlsdämpfende Wirkung. Trauerarbeit kann deshalb nicht unmittelbar nach dem Konsum stattfinden, sondern erst, wenn die Wirkung der Opiode nachlassend ist. Es gilt aber zu beachten, dass Entzugserscheinungen ebenfalls hinderlich für die Trauerarbeit sind. Denn sobald diese auftreten, kommt dem Opioidkonsum wieder oberste und einzige Priorität zu. Dies bestätigt auch Beate Weber, Trauerbegleiterin: „Mit jemandem der zugehörnt ist, mit dem musst du gar nicht beginnen, der kommt nicht an seine Gefühle. Man muss ein Mittelmass finden, wo er seine Sucht körperlich im Zaum hält, also keine Entzugserscheinungen, aber auch kein Flash wo ihm alles egal ist.“ (Gespräch vom 17. März 2009) Weiter sollte der opioidabhängige Mensch fähig sein, sich kognitiv zu konzentrieren und zu reflektieren. Unter Opioidenfluss kann diese Fähigkeit, wie im Kapitel 1.4.2 „Die Wirkung der Opiode“ beschrieben, eingeschränkt sein.

➤ **Voraussetzungen der beratenden Person**

Die beratende Person sollte ein hohes Mass an Empathie mit sich bringen. Dies bestätigt auch Sepp Riedener, Sozialarbeiter und „Gassenpfarrer“, wie er sich selber nennt: „Ich muss die Menschen gerne haben, um Trauerarbeit zu leisten. Sonst muss ich gar nicht beginnen, die merken das nämlich.“ (Gespräch vom 21. April 2009) Die Unterstützung zur Trauerbewältigung erfordert Einfühlungsvermögen und Verständnis für die Situation. Dazu gehören ebenfalls Maximen wie Respekt und Wertschätzung. Dies unter anderem deshalb, weil das Selbstvertrauen trauernder opioidabhängiger Menschen auf Grund des Verlustes validierender Unterstützung und wegen allfälligen Doppeldiagnosen oft beeinträchtigt ist. Die oben beschriebene Verhaltensweise der beratenden Person kann dieses stärken. Die beratende Person sollte zudem die Bereitschaft zur engen Zusammenarbeit aufbringen, sofern diese nicht bereits Bestandteil der bestehenden

Langzeitberatung ist. Opioidabhängigen Menschen fällt es aufgrund der Opioidwirkung, allfälliger Polytoxikomanie und Doppeldiagnose eher schwer, zu trauern. Es ist deshalb wichtig, dass die beratende Person dann verfügbar ist, wenn Trauer zugelassen werden kann und möchte. Dies sieht auch Sepp Riedener, Sozialarbeiter und „Gassenpfarrer“: Wichtig ist, nicht nur gross zu reden, sondern präsent zu sein!“ (Gespräch vom 21. April 2009)

Wichtig ist auch die Fähigkeit zur Selbstreflexion. Die eigenen Erfahrungen mit dem Tod und der Umgang damit müssen der beratenden Person bewusst sein. Dies bestätigt auch Beate Weber, Trauerbegleiterin: „Man kann jemanden nur begleiten, wenn man weiss, wo man steht. Die trauernde Person hat Chaos, da darfst du kein eigenes Ungeklärtes haben, sonst gibt es einen Supergau.“ (Gespräch vom 17. März 2009) Zudem müssen die eigenen Wahrnehmungseinstellungen und Erwartungsmuster an die trauernde Person reflektiert werden. (Lammer, 2006, S. 228) Sonst besteht die Gefahr, dass eigene Ansichten auf die zu beratende Person übertragen werden. Ebenfalls besteht die Gefahr der mangelnden Fähigkeit zur Abgrenzung. Reflexion dient auch der Erkennung eigener Grenzen, z.B. Grenzen der eigenen Fachlichkeit und der eigenen Zumutbarkeit.

Das Wissen über mögliche Arten und Auswirkungen der Trauer und Krisensituationen sollte vorhanden sein. Das ermöglicht ein adäquateres Reagieren auf bestimmte Situationen und eine Einschätzung des möglichen Gefahrenpotentials für den Klienten/die Klientin, so dass wenn nötig die Triage an weitere Fachpersonen aus den Bereichen Psychotherapie, Medizin, etc. erfolgen kann. Themen wie Datenschutz sollten an dieser Stelle ebenfalls erwähnt werden: Der vertrauliche Umgang mit ihren persönlichen Informationen gibt den trauernden Menschen Sicherheit und es fällt ihnen eventuell leichter, sich zu öffnen. Dies ist insbesondere wichtig bei gewissen Doppeldiagnosen, die ein grosses Misstrauen mit sich bringen. Wie bereits erwähnt, weiss der Klient/die Klientin selber, wann und in wie weit Trauerarbeit nötig ist. Die Kundigkeit der trauernden Person muss deshalb respektiert, nicht aber grenzenlos akzeptiert werden, siehe Kapitel 5.6.2 „Die Krisenintervention“.

➤ **Übrige Voraussetzungen**

Allerwichtigste Voraussetzung ist nach Meinung der Autorinnen ein bestehendes Vertrauensverhältnis zwischen Klient/Klientin und Berater/Beraterin. Denn nur wenn dieses besteht, wird der opioidabhängige Mensch seine Gefühle zeigen und bereit sein, sein Leben und den erlittenen Verlust gemeinsam zu reflektieren. Dies erwähnten auch alle Experten/Expertinnen, mit denen die Autorinnen im Vorfeld der Arbeit sprachen. So etwa Corinne: „Über die Trauer kann ich nur mit Leuten sprechen, zu denen ich Vertrauen habe.“ (Gespräch vom 28. Mai 2009) Der Aufbau dieses Vertrauensverhältnisses in der Zusammenarbeit mit opioidabhängigen Menschen benötigt jedoch besonders viel Zeit, dies etwa auf Grund der Doppeldiagnosen, die beispielsweise grosses Misstrauen begründen können.

Zuerst sollte geklärt werden, in welchem Beratungskontext die Zusammenarbeit zwischen der beratenden Person und dem opioidabhängigen Menschen steht. Basiert sie beispielsweise auf Freiwilligkeit oder findet sie in einem gesetzlichen Kontext statt? Je nach Beratungskontext, wenn z.B. Zwangsmassnahmen durchgeführt werden müssen, kann es von grosser Herausforderung sein, eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aufzubauen. Dazu Sepp Riedener: „Bei der Sozialarbeit ist aber oft ein Auftrag vorhanden, der nicht den Wünschen der Leute auf der Gasse entspricht. Alles ist sehr geregelt und das ist genau das, was Trauerarbeit verhindert.“ (Gespräch vom 21. April 2009) Deshalb stellen die Autorinnen die allgemeine Hypothese auf, dass Trauerarbeit im gesetzlichen Rahmen weniger durchführbar ist als im Bereich freiwilliger Zusammenarbeit. Anwaltschaftliches Arbeiten dürfte das Vertrauensverhältnis nach Ansicht der Autorinnen besonders fördern.

Die Rahmenbedingungen der Institution sollten bestimmte Möglichkeiten bieten. Es ist nötig, dass für die einzelnen Gespräche ausreichend Zeit und geeignete Räume zur Verfügung stehen. Es braucht Zeit, Trauerreaktionen zuzulassen, aufzufangen und die im Trauerprozess nötigen Reflexionen anzustellen. Ebenfalls sollte der Gesprächsraum einen Schutzraum darstellen. Die opioidabhängige Person soll die Sicherheit haben, dass ihre Gefühle hier zugelassen werden dürfen.

Nebst all diesen Punkten muss die Maxime beachtet werden, dass der trauernde Mensch selbst den Zeitpunkt bestimmt, an dem er bereit ist, über seine Trauer zu sprechen. Das meint auch Isabel Schönenberger, Sozialarbeiterin: „Man muss den Klienten/die Klientin fragen, was er/sie braucht.“ (Gespräch vom 28. April 2009) Auf die Situation, wenn opioidabhängige Menschen keine Trauerreaktionen zeigen, und die dann nötigen Interventionen geht Kapitel 5.6.4 „Die Intervention bei nicht oder kaum vorhandenen Trauerreaktionen“ ein.

Konkrete Beispiele zu den Voraussetzungen an Hand des Fallbeispiels:

	Sind beispielsweise nicht erfüllt, wenn...
Voraussetzungen des opioidabhängigen Menschen	<ul style="list-style-type: none"> • ...Sandra auf das Ansprechen des Todes ihrer Schwester harsch reagiert. „Das ist meine Sache, das geht Sie gar nichts an. Wenn ich nur deswegen hier bin, dann gehe ich gleich wieder.“ Die Bereitschaft zur Bearbeitung der Trauer im Beratungskontext fehlt. • ...Sandra mit verwaschener Sprache, sehr träge und mit wirr scheinenden Antworten auf Fragen reagiert. Sandra hat vor kurzem konsumiert und wird kaum auf ihre Gefühle eingehen können.
Voraussetzung der beratenden Person	<ul style="list-style-type: none"> • ...die beratende Person grosse Wut auf Sandra verspürt, weil sie die Arbeit der letzten Jahre mit ihrem Heroinkonsum zunichte zu machen droht. Der beratenden Person fällt es schwer, Empathie und Verständnis für Sandra aufzubringen. • ...die beratende Person vor kurzem ebenfalls eine nahe stehende Person verloren hat und das Thema Trauer sie stets daran erinnert und eigene Trauergefühle auslöst. Die beratende Person kann sich nicht abgrenzen, es besteht die Gefahr, dass sie an ihre persönlichen Grenzen stösst.
Übrige Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • ...das Gespräch von dem Praktikanten/der Praktikantin geführt wird, der/die erst vor wenigen Wochen ihre Arbeit auf der Drogenberatungsstelle aufnahm. Die Wahrscheinlichkeit, dass noch kein Vertrauensverhältnis besteht, ist gross. • ...wenn das Gespräch ständig von anderen Mitarbeitenden oder dem Klingeln des Telefons unterbrochen wird. Der Raum stellt für Sandra keinen Schutzraum dar.

Tabelle 11: Beispiele zu nicht erfüllten Voraussetzungen (eigene Tabelle)

5.4 Bildung von Hypothesen

Hypothesen sind Annahmen zur Beschreibung von Eigenschaften, Prozessen oder Verhaltensmustern (Weber, 2003, S. 45). Die Bildung von Hypothesen im Bezug auf die Arbeit mit trauernden opioidabhängigen Menschen gestaltet sich nicht anders als sonst. Wie meist im Kontext der Sozialen Arbeit ist die Ausgangslage eine komplexe individuelle Situation. Anhaltspunkte für die möglichen Komponenten und Wechselwirkungen innerhalb dieser Ausgangslage bieten die in den vorgängigen Teilkapiteln erarbeiteten Sachverhalte.

Weber (2003) beschreibt drei Arten von Hypothesen: Schon früh, möglichst vor dem Erstgespräch, werden erste Hypothesen gebildet, die helfen sollen, Fragen für das Gespräch mit dem Klienten/der Klientin zu formulieren und sich eigenen Vorurteilen bewusst zu werden (S. 45-46). Zu beachten ist, dass es sich beim Beginn der Trauerarbeit in aller Regel nicht um ein Erstgespräch handelt, weil sie Teil einer Langzeitberatung ist. Trotzdem können erste Hypothesen gebildet werden, könnte man den Beginn der Trauerarbeit doch als „Erstgespräch zum Thema“ verstehen.

Als zweites folgt die Bildung sogenannter „zirkulärer Hypothesen“, die das ganze System miteinbeziehen und die wechselseitige Beeinflussung seiner Komponenten und Rückkoppelungen aufzeigen. Sie werden bis zu ihrer Überprüfung im Konjunktiv formuliert. Zudem soll eine positive Umformulierung eine lösungsorientierte Grundhaltung bei der beratenden Person fördern. (Weber, 2003, S. 46-48) Von den zirkulären Hypothesen werden schliesslich die Arbeitshypothesen abgeleitet. Sie dienen dem Ziel, Ideen zu entwickeln, wie Probleme gelöst, Veränderungen begünstigt und Ziele erreicht werden können. (Weber, 2003, S. 48-51) Zu beachten ist schliesslich der Vermutungs-Charakter aller Hypothesen: Sie müssen im Beratungsprozess stets überprüft und allenfalls abgeändert oder neu aufgestellt werden (Weber, 2003, S.46).

Konkrete Beispiele für Hypothesen an Hand des Fallbeispiels:

Erste Hypothesen

- Der Tod ihrer Schwester ist der Grund für Sandras Veränderungen.
- Der Verlust ihrer Schwester löst in Sandra die Angst aus, mit der Situation nicht alleine zurecht zu kommen.
- Sandras Kinder sind nach dem Tod der Schwester gefährdet.

<p>Zirkuläre Hypothesen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sandra könnte über nur wenige Ressourcen verfügen, um die Verluste, die der Tod ihrer Schwester hinterliess, auszugleichen. Dies würde ihr Angst machen. Die Angst könnte sie durch Heroinkonsum bekämpfen. Durch den Heroinkonsum würden aber Schwierigkeiten auftreten, Sandras Verlässlichkeit könnte z.B. abnehmen. Dadurch bestünde die Gefahr, dass sie aus dem Methadonprogramm ausscheiden würde, was die Konzentration all ihrer Kräfte auf die Substanzbeschaffung lenken könnte. Dadurch würden Sandra aber wieder weniger Ressourcen zur Bewältigung der Verluste durch den Tod ihrer Schwester zur Verfügung stehen. • Sandra konsumierte Opioide. Je mehr sie dies getan hätte, desto stärker wäre die abhängige Persönlichkeitsstörung zum Vorschein gekommen und desto mehr Aufgaben hätte die Schwester übernommen. Je mehr Aufgaben sie aber abgegeben hätte, desto mehr hätte Sandra die Fähigkeit zur Selbständigkeit verloren. Je mehr sie diese verloren hätte, desto grösser wären die Schwierigkeiten, die sie nun nach dem Tod ihrer Schwester hätte. Und je grösser die Schwierigkeiten wären, desto mehr würde Sandra konsumieren.
<p>Mögliche positive Umformulierung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn Sandra genügend Ressourcen zur Bewältigung der Verluste, die der Tod ihrer Schwester hinterliess, zur Verfügung stehen würden, hätte sie davor weniger Angst. Sie würde die nötigen Veränderungen angehen und z.B. neue Menschen kennen lernen. Dadurch würde sie sich wiederum weitere Ressourcen erschliessen. • Hätte man Sandra unterstützt, ihr aber nicht alle Aufgaben abgenommen, dann hätte Sandra Selbständigkeit gelernt. Diese Selbständigkeit würde ihr nun bei der Lösung von Problemen, die nach dem Tod ihrer Schwester auftauchen, helfen, weshalb sie kein zusätzliches Heroin konsumieren müsste. Dank ihrer Stabilität könnte sie wiederum ihre Selbständigkeit ausbauen.
<p>Arbeitshypothesen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sandras derzeitige schwierige Situation könnte mit der Erschliessung von Ressourcen verbessert werden. • Man darf Sandra nicht alle Aufgaben abgeben, auch wenn sie dies wünscht.

Tabelle 12: Beispiele zu Hypothesen (eigene Tabelle)

5.5 Formulieren von Zielen

Als dritten Schritt beschreibt Weber die Zielformulierung, welche für lösungsorientiertes Arbeiten unabdingbar ist. Sie betont, dass Ziele von Beratenden und Klienten/Klientinnen gemeinsam erarbeitet werden müssen (S. 52). Der Beteiligung der Klienten/Klientinnen kommt im Fall trauernder opioidabhängiger Menschen eine besonders hohe Bedeutung zu: Obwohl Gesellschaft und beratende Institution auch ein Interesse an einem konstruktiven Trauerprozess haben dürften, so müssen sie doch diesbezüglich im Regelfall keinen gesetzlichen Auftrag erfüllen und nicht direktiv handeln – zumindest solange keine Gefährdung besteht. Deshalb können die Ziele ganz auf die zu beratende Person abgestimmt werden. Dies nicht zuletzt auch, weil nur sie genau weiss, welche Verluste und Schwierigkeiten der Todesfall mit sich bringt. Die Aufgabe der beratenden Person muss vorwiegend darin bestehen, den Klienten/die Klientin im Zielfindungsprozess zu unterstützen. Dabei sind auch die im Kapitel 2.5 „Trauerarbeit“ erwähnten Aufgaben der Trauerarbeit zu beachten: In ihre Richtung können Anregungen in Form von Fragen gemacht werden. Um die tatsächliche Erreichung der Ziele zu fördern, sollte darauf geachtet werden, dass sie gemäss den Zielformulierungsregeln „SMART“ verfasst werden. Danach sollten Ziele folgende Eigenschaften erfüllen (vgl. Oliver Inhelder, ohne Datum, S.1):

- Spezifisch
- Messbar

Diese Eigenschaft ist in der Arbeit mit trauernden opioidabhängigen Menschen besonders wichtig. Auf Grund des Verlustes validierender und emotionaler Unterstützung durch den Todesfall besteht zum Beispiel die Gefahr eines geringen Selbstvertrauens. Dies bestätigt auch Beate Weber, Trauerbegleiterin: „Viele denken: Ich kann das nicht und werde es nie schaffen!“ (Gespräch vom 17. März 2009). Dieser Effekt wird zusätzlich durch das Vorhandensein bestimmter Doppeldiagnosen verstärkt. Es ist deshalb sinnvoll, auch kleine Fortschritte und damit persönliche Erfolge in der Zielerreichung sichtbar zu machen.

- Aktionsorientiert und attraktiv

Im Bezug auf die Arbeit mit trauernden opioidabhängigen Menschen muss die Attraktivität eines Ziels besondere Beachtung erfahren. Es geht nicht nur darum, den Sinn und den Nutzen eines bestimmten Ziels rational einzusehen, sondern darum, dass das Ziel einem echten, auch emotional verankerten Wunsch entspricht oder zumindest in dessen Richtung weist. Denn wie bereits in der Definition der Abhängigkeit vom ICD-10 dargestellt, liegt der Lebensmittelpunkt abhängiger Menschen bei der Substanz. Ein formuliertes Ziel muss deshalb hohe Priorität für den abhängigen Menschen haben, damit es neben der Substanz bestehen kann.

- Realistisch

Dieser Eigenschaft kommt in der Arbeit mit trauernden opioidabhängigen Menschen ebenfalls grosse Bedeutung zu. Dies, weil ihr Selbstbewusstsein wie bereits angesprochen durch den Trauerfall und Doppeldiagnosen gefährdet sein kann. Zudem kann bedingt durch gewisse Doppeldiagnosen eine geringe Frustrationstoleranz vorliegen. Das Nicht-Erreichen gesetzter Ziele würde sich in

diesen Fällen negativ auswirken. Es ist also wichtig, Ziele erst dann zu fassen, wenn genau abgeklärt wurde, ob der Klient/die Klientin über die zur Erreichung nötigen Ressourcen und Fähigkeiten verfügt. Allenfalls müssen erst Ziele zur Aktivierung neuer Ressourcen gefasst werden.

- **Terminiert**
Diesbezüglich gilt zu beachten, dass der Zeitpunkt des Abschlusses des Trauerprozesses vom Klienten/von der Klientin kaum bestimmt werden kann. Befindet sich der Mensch in einer Phase der Verlustorientierung, wird er sich das Ende des Trauerprozesses kaum vorstellen können, in der Phase der Wiederherstellungsorientierung sieht er dieses schon sehr nahe, ohne weitere Phasen der Verlustorientierung einzuberechnen. Eine entsprechende Zielsetzung macht deshalb wenig Sinn. Besser ist die Formulierung von Zielen, die in diese Richtung führen.

Konkrete Beispiele zur Unterstützung im Zielfindungsprozess und der Zieldefinition an Hand des Fallbeispiels:

<p>Unterstützung im Zielfindungsprozess</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Wie könnten Sie ihre jetzige Situation verschlimmern?“ Die Verschlimmerungs-Frage dient hier der Evaluation von Risikofaktoren. Sind diese bekannt, können Ziele gefasst werden, die ihnen entgegenwirken. • „Wenn heute Nacht ein Wunder geschehen würde, das zwar nicht Ihre Schwester zurückbringt, aber alle Probleme, die mit ihrem Tod zusammenhängen, auslöscht, woran würden Sie dies morgen erkennen?“ Die Wunderfrage regt zum Denken an und dient dazu, dass sich die Klientin über ihre eigenen Bedürfnissen klar wird.
<p>Zielformulierungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • In den fünf Tagen bis zum nächsten Gespräch übernimmt Sandra gemeinsam mit ihren Kindern die ehemalige Aufgabe der Schwester und kocht jeden Tag einmal etwas Warmes. Dieses Ziel wird gewählt, weil es die oben genannten Kriterien erfüllt. Insbesondere ist es ein kleiner Schritt, den Sandra selber schaffen und damit Selbstvertrauen aufbauen und dem Opioidkonsum entgegenwirken kann.

	<ul style="list-style-type: none"> In den zwei Tagen bis zum nächsten Gespräch geht Sandra in den Garten und schreit und weint laut, wenn sie Angst bekommt. Bei Zielen muss auf die positive Formulierung geachtet werden. Anstelle des Nicht-Konsums von Heroin wird hier ein alternatives Verhalten genannt, das dem Angst- und Überforderungsgefühl entgegenwirkt. Dieses muss sich natürlich im Zielfindungsprozess erst als unter Umständen nützlich erwiesen haben.
--	---

Tabelle 13: Beispiele zum Zielfindungsprozess und der Zieldefinition (eigene Tabelle)

5.6 Interventionen

Nach der Formulierung von Zielen können Interventionen gesucht, geplant und durchgeführt werden, die deren Erreichung fördern. Das vorliegende Teilkapitel geht zuerst auf die Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit ein, bevor die Krisenintervention betrachtet wird. Danach erfolgt eine Darstellung möglicher Interventionen entlang der sechs Traueraufgaben, bevor auf die Situation eingegangen wird, wenn opioidabhängige keine oder kaum Trauerreaktionen zeigen.

5.6.1 Die Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit

Die Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit bewegen sich auf einem Kontinuum zwischen materiellen und psychosozialen Problemen, zwischen Freiwilligkeit und gesetzlichen Massnahmen. Jede Tätigkeit der Sozialen Arbeit lässt sich darin verorten.

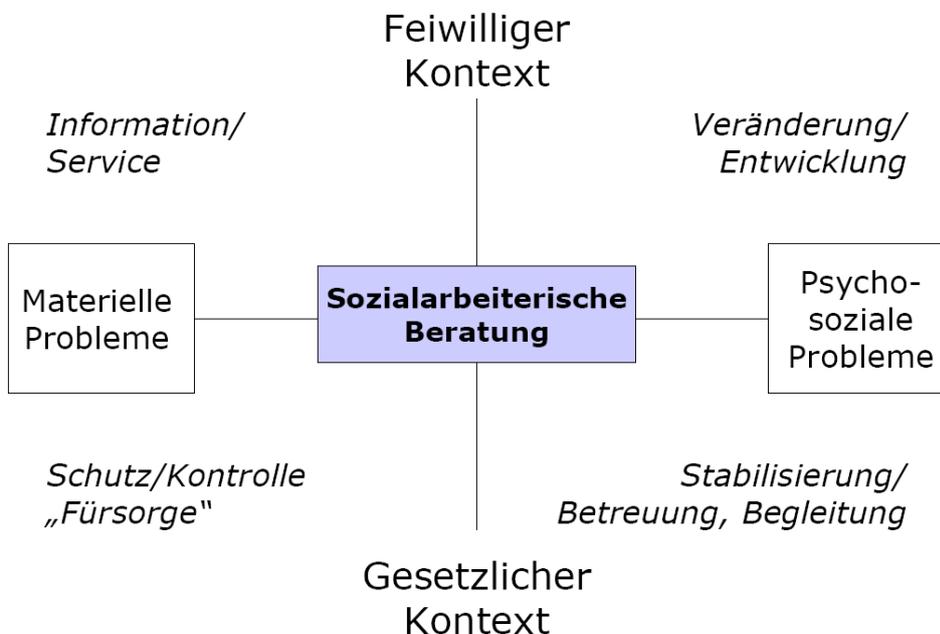


Abbildung 8: Arbeitsfelder der sozialen Arbeit (Ursula Fuchs, 2007a, S. 7)

Der Verlust eines Menschen kann für opioidabhängige Menschen verschiedene Auswirkungen haben, wie im Kapitel 1.7 „Auswirkungen des Opioidabhängigkeitssyndroms“ gesehen. Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, dass sie verschiedene Aufträge in verschiedenen Tätigkeitsfeldern enthalten kann. Es ist zu beachten, dass die unterschiedlichen Arbeitsfelder verschiedene Interventionen erfordern. Während im Bereich Stabilisierung zum Beispiel direktives Handeln gefordert sein kann, ist dieses im Bereich Entwicklung meist unangebracht. Die Aufträge und die Bedürfnisse der opioidabhängigen Menschen und die aus professioneller Sicht notwendigen Interventionen müssen in jedem Fall individuell in jedem Bereich abgeklärt werden.

Konkrete Beispiele für die Verortung in den vier Arbeitsbereichen anhand des Fallbeispiels:

Information/Service	<ul style="list-style-type: none"> • Sandra will ihrer religiösen Schwester einen ihr entsprechenden Abschied bereiten. Die sie beratende Person informiert sie über die üblichen Rituale wie Beerdigung, Todesanzeige etc. und hilft bei deren Organisation.
Veränderung/Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Bedingt durch ihre abhängige Persönlichkeitsstörung überliess Sandra fast alle nötigen Entscheidungen ihrer Schwester. Nun will sie lernen, Entscheidungen in ihrem Leben und im Leben ihrer Kinder, selber zu treffen. Die beratende Person unterstützt sie in diesem Lernprozess.
Schutz/Kontrolle, „Fürsorge“	<ul style="list-style-type: none"> • Sandra hat eine kleine IV-Rente. Weil die Schwester bisher alle nötigen, aber nicht bezahlbaren Ausgaben übernahm, wurde der Anspruch auf Ergänzungsleistungen bisher nicht abgeklärt. Dies muss nun nachgeholt werden.
Stabilisierung/Betreuung, Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Situation wird Sandra zu viel und sie zeigt sich akut suizidgefährdet. Die beratende Person veranlasst ihre Einweisung in eine psychiatrische Klinik aus Gründen des Eigenschutzes und weil eine Fremdgefährdung der Kinder vermieden werden soll.

Tabelle 14: Beispiele für die vier Arbeitsbereiche der Sozialen Arbeit (eigene Tabelle)

5.6.2 Die Krisenintervention

Die Krise unterscheidet sich im Gegensatz zu anderen belastenden Situationen in ihrer Qualität der Bedrohung, im Ausmass an Überforderung und der ausgelösten Ungewissheit. Eine Krise verursacht ein Ungleichgewicht in der sozial-emotionalen Kontinuität des Lebens. Typisch für Krisen ist, dass sie akut, überraschend und bedrohlich sind und so ein System aus dem Gleichgewicht bringen können. (Fuchs, 2007b, S. 3-6)

Der Tod eines nahe stehenden Menschen kann ein Auslöser einer Krise sein, wobei opioidabhängige Menschen besonders gefährdet sind. Durch den Verlust können viele vermeintliche Stabilitäten im Leben eines opioidabhängigen Menschen ins Wanken gebracht werden, je nach Bedeutung und Funktion, die dieser Mensch in seinem Leben übernommen hatte. Die Trauerreaktionen, wie sie im Kapitel 2.2 „Auswirkungen der Trauer“ beschrieben werden, können so prominent auftreten, dass eine Normalität im Leben verunmöglicht wird. Das ganze System des Menschen gerät in ein massives Ungleichgewicht.

Der Mensch muss mit seinen vorhandenen oder neugenerierten Ressourcen versuchen, das Ungleichgewicht zu beheben, indem er die Traueraufgaben löst. Genau hier besteht aber das Problem, dass opioidabhängige Menschen oftmals nicht über genügend Ressourcen verfügen. Die Dynamik der Exklusion aus vielen Teilsystemen wurde im Kapitel 3 „Die Lebenssituation trauernder opioidabhängiger Menschen“ aufgezeigt. Zusätzlich kommt als erschwerender Faktor die Doppeldiagnose hinzu. Je nach psychischem Krankheitsbild, aufgezeigt im Kapitel 1.5 „Doppeldiagnosen“, können zusätzlich instabile Persönlichkeitsmuster in die Krisensituation mit einfließen. Dem opioidabhängigen Menschen dienen die Substanzen als Problembewältigungsstrategie. Die Gefahr besteht einerseits darin, dass er zu viel konsumiert und er deshalb die Aufgaben seines täglichen Lebens nicht mehr wahrnehmen kann, was zu einer Gefährdung anderer Personen führen könnte. Andererseits hat der Substanzkonsum sehr viele Nebenwirkungen und könnte im Extremfall zum Tode führen. Im Sinne dieser Selbst- und Fremdgefährdung und der Schadensminderung muss eine Krisenintervention durchgeführt werden, wenn bestimmte Indikatoren dazu gegeben sind. Diese müssen individuell abgeklärt werden. Der Mensch kann eine Krise verbal oder nonverbal äussern. Für die beratende Personen ist es wichtig, auf Veränderungen beim Menschen zu achten, die auf eine Krisensituation hindeuten. Zum Beispiel, wenn sich die psychischen Symptome, die von der Doppeldiagnose her stammen, verändern oder wenn Auffälligkeiten bezüglich des Substanzkonsums und seinen Auswirkungen auftreten. Geäusserte Suizidgedanken oder Suizidandrohungen müssen immer ernst genommen werden!

Das Hauptziel der Krisenintervention ist es, den Zustand der Überforderung, Bedrohung und Desorientierung zu bewältigen. Da eine Krise akut auftritt, verlangt sie schnelles Handeln. Die Krisenintervention wird nach Franz Stimmer (2000, S. 401) in vier Phasen aufgeteilt.

1. Einschätzung der akuten Lage des Betroffenen
2. Planung der Intervention
3. Durchführung der Intervention
4. Krisenbewältigung und vorausschaubare Planung

Die Haltung der Beratenden unterscheidet sich in der Krisenintervention in einem wesentlichen Punkt gegenüber der Haltung in Situationen, die keine Krise darstellen. Sie ist aktiv, direkt und oft direktiv. Die Annahme ist, dass der Mensch in der Krisensituation seine Gedanken nicht mehr adäquat strukturieren und deshalb das Problem nicht effizient angehen kann. Durch die direktive, aber trotzdem professionelle Begleitung sollen Interventionen ausgearbeitet werden, die zu einer Stabilisierung der Problemlage führen. (Koch, 2007b, S.4)

Einschätzung der Lage	Katja erscheint weinend in der Drogenberatungsstelle und erzählt, Sandra habe sich im Bad eingeschlossen – sie wolle sich umbringen. Weil Sandra in den Gesprächen zuvor einen instabilen Eindruck machte, schätzt die beratende Person die Lage als ernst ein.
Planung der Intervention	Die beratende Person reflektiert, welche Intervention nötig ist. Sie beschliesst, dass sie zunächst Kontakt mit dem Hauswart wegen eines Schlüssels aufnimmt und gemeinsam mit Sandras Hausarzt in die Wohnung fährt, um die Lage genau einzuschätzen und weitere Interventionen zu planen.
Durchführung der Intervention	Als der Hausarzt und die beratende Person schliesslich bei Sandra ankommen und mit ihr sprechen, wird deutlich, dass sie tatsächlich akut Suizid gefährdet ist. Der Hausarzt beschliesst einen fürsorglichen Freiheitsentzug und lässt Sandra in die psychiatrische Klinik einweisen. Die beratende Person organisiert die Betreuung von Katja und Dario.
Krisenbewältigung und vorausschaubare Planung	In der Klinik kann Sandra die Krise bewältigen. Gemeinsam planen Sandra, der klinische Sozialdienst und die Drogenberatungsstelle das weitere Vorgehen und den Klinikaustritt.

Tabelle 15: Beispiel für eine Krisenintervention (eigene Tabelle)

5.6.3 Die sechs Aufgaben der Trauerarbeit

Wie in den Kapiteln 2.4.3 „Aufgabenmodelle“ und 2.5 „Trauerarbeit“ aufgezeigt, müssen trauernde Menschen im Trauerprozess bestimmte Aufgaben erfüllen, die mit entsprechenden Aufgaben der Trauerarbeit korrespondieren. Dies gilt unabhängig von der individuellen Lebenssituation, also auch für opioidabhängige Menschen. Das bedeutet, dass die Interventionen von Professionellen der Sozialen Arbeit auf die angesprochenen Aufgaben der Trauerarbeit abgestimmt sein müssen. Deshalb ordnen die Autorinnen den einzelnen Aufgaben nachfolgend Überlegungen zur Situation trauernder opioidabhängiger Menschen und Beispiele konkreter Interventionen zu.

➤ Hilfe bei der Realisierung des Todes

Wie unter anderem die Ausführungen zu Worden im Teilkapitel 2.4.1 „Erklärungsmodelle“ aufzeigen, bekunden Trauernde im Regelfall Mühe, die definitive Trennung von einer nahe stehenden Person zu realisieren. Diese Schwierigkeiten dürften bei opioidabhängigen Trauernden verstärkt auftreten. Einerseits können Opioidkonsum und Polytoxikomanie Wahrnehmungsstörungen, z.B. Halluzinationen, auslösen oder verstärken. Andererseits fördern Polytoxikomanie und das Vorhandensein bestimmter Doppeldiagnosen wie Paranoia oder Misstrauen. Dadurch haben opioidabhängige Trauernde Mühe, ihrer Umwelt, die den Tod des nahen Menschen bestätigt, Glauben zu schenken.

Beispiele für die Hilfe bei der Realisierung des Todes

- Eine klare Sprache verwenden, die den Tod als solchen benennt.
- Dem Klienten/der Klientin Bestätigungen für den Tod der nahen Person zugänglich machen. Zu beachten ist, dass solche Aktionen neben der Realisierung des Todes unter Umständen heftige Gefühle auslösen können. Siehe dazu die Ausführungen zum Punkt „Trauerreaktionen auslösen helfen“.
- Misstrauen und Vorstellungen des Klienten/der Klientin verbalisieren. Der Verbalisierungs-Charakter muss dabei sehr deutlich werden, sonst könnte Hoffnung geweckt werden.
- Etc.

Tabelle 16: Beispiele für die Hilfe bei der Realisierung des Todes (eigene Tabelle)

➤ Validierung des Verlusts

Dieser Punkt beinhaltet neben der Validierung aller Verluste, die der Tod der nahe stehenden Person mit sich bringt, auch die allenfalls nötige Erbringung genereller validierender Unterstützung, siehe dazu Teilkapitel 2.5 „Trauerarbeit“. Hier spielt die soziale Isolation, die bei vielen opioidabhängigen Menschen weit fortgeschritten ist, eine grosse Rolle: Die Wahrscheinlichkeit, dass nur wenige Personen dem Klienten/der Klientin nahe stehen, ist gross. Wenn nun eine davon stirbt, ist der dadurch entstehende

Verlust besonders gross. Dies insbesondere auch im Bereich der validierenden und emotionalen Unterstützung des Klienten/der Klientin. Weil viele opioidabhängige Menschen aber auf Grund allenfalls vorhandener Doppeldiagnosen, zahlreichen Rückschlägen im Leben und der gesellschaftlichen Stigmatisierung eher über ein geringes Selbstwertgefühl verfügen, wäre gerade diese Unterstützung wichtig. Auf Grund der sozialen Isolation ist es jedoch nur schwer möglich, diese Unterstützung, die bis anhin von der verstorbenen Person ausging, zu ersetzen. Beratende könnten die beiden angesprochenen Aufgaben beispielsweise mit folgenden Interventionen angehen:

Beispiele für die Validierung des Verlustes

- Erfragen der durch den Tod entstandenen Verluste.
- Validierung dieser Verluste, in dem sie als tatsächlich vorhanden aufgefasst werden und in die weitere Beratung einfließen. Dies entspricht zugleich dem Prinzip der Kundigkeit des Klienten/der Klientin. Ihm/ihr wird durch das Ernstnehmen seiner/ihrer Ansichten Wertschätzung und damit validierende Unterstützung geboten.
- Aufzeigen und deutlich machen, dass die Trauerreaktionen des Klienten/der Klientin in allen Facetten normal sind und Verständnis dafür zeigen. „Trauer ist normal, aber jeder kommt an den Punkt, wo er sich fragt, ob er noch normal ist. Wenn du zeigen kannst, dass es so ist, ist schon ein grosser Schritt getan“, meint Beate Weber, Trauerbegleiterin. (Gespräch vom 17. März 2009)
- Nähe herstellen, auch körperlich. „Es braucht Nähe für die Trauerarbeit. Heilende Berührung ist kein fauler Spruch, es ist ein Mittel der Sozialen Arbeit“, meint auch Sepp Rieder, Sozialarbeiter und „Gassenpfarrer“ (Gespräch vom 21. April 2009).
- Etc.

Tabelle 17: Beispiele für die Validierung des Verlustes (eigene Tabelle)

➤ Hilfe bei der Auslösung von Trauerreaktionen

Trauerreaktionen sind, wie im Kapitel 2.4 „Modelle zur Trauer“ dargestellt, Voraussetzung, um den Trauerprozess durchlaufen zu können. Der Konsum von Opioiden hat aber eine schmerzhemmende und emotionsdämpfende Wirkung, so dass die mit Trauer im Zusammenhang stehenden Gefühle kaum wahrgenommen werden. Dies sagt auch Samira, selber trauernd und opioidabhängig: „Durch die Droge sind gar keine tiefen Gefühle möglich, höchstens in einzelnen Augenblicken.“ (Gespräch vom 19. Mai 2009) Die durch Emotionen ausgelösten Reaktionen, wie etwa das Suchen nach der verstorbenen Person, werden so ebenfalls unterdrückt. Menschen, die Opiode konsumieren, zeigen deshalb kurz nach dem Konsum kaum Trauerreaktionen. In der Arbeit mit trauernden opioidabhängigen Menschen kommt dieser Aufgabe der Trauerarbeit deshalb besondere Bedeutung zu.

Beispiele für die Hilfe beim Auslösen von Trauerreaktionen

- Gefühle verbalisieren.
- Zirkuläre Fragen.
- Benutzung einer Sprache, die Erinnerungen anregt.
- Einbezug von Symbolen (Fotos, Alltagsgegenstände, etc.) in die Beratung.
- Einbezug von Kreativtechniken.
- Allen aufkommenden Reaktionen Raum geben, sie weder abwehren, meiden oder hemmen.
- Positive Gefühle fördern.
- Etc.

Tabelle 18: Beispiele für die Hilfe beim Auslösen von Trauerreaktionen (eigene Tabelle)

Trauerreaktionen dürfen jedoch nur dann ausgelöst werden, wenn sie auch aufgefangen werden können. Denn obwohl einige Arten der Polytoxikomanie und einige Doppeldiagnosen den gefühlshemmenden Effekt des Opioidkonsums verstärken, können andere ganz anders wirken. Wie etwa im Kapitel 1.5 „Doppeldiagnosen“ aufgezeigt wird, sind starke Stimmungsschwankungen, intensive Gefühle und eine geringe Kontrolle über deren Auftreten typisch für mehrere psychische Erkrankungen. Hinzu kommen teilweise unberechenbare Verhaltensweisen und/oder eine schlechte Impulskontrolle. Dies führt im schlimmsten Fall zu einer Gefahrensituation für Klient/Klientin oder Berater/Beraterin als Reaktion auf den Versuch, Trauerreaktionen auszulösen. Ansonsten können heftige und unverhofft auftretende Gefühle allenfalls zur Überforderung der beratenden Person führen, was sich auch negativ auf den Klienten/die Klientin auswirken würde. Dies z.B., wenn die Überforderung dem Klienten/der Klientin signalisiert, dass seine/ihre Trauerreaktion „nicht normal“ sei, was etwa schlechten Einfluss auf das Selbstbewusstsein hätte. Das Auffangen aller möglichen Reaktionen muss also gesichert sein, bevor diese Aufgabe der Trauerarbeit in Angriff genommen werden kann. Dies kann beispielsweise mittels Inter- oder Superversion erreicht werden. Dadurch werden anhand der Erfahrung anderer und durch intensive Reflexion Methoden zum Auffangen der Reaktionen erlernt. Zudem wird sich die beratende Person über ihre eigenen Grenzen im Klaren und kann den Klienten/die Klientin wenn nötig triagieren.

➤ **Hilfe bei der Rekonstruktion der Lebens- und Beziehungsgeschichte von Verstorbenen und Hinterbliebenen**

Diese Aufgabe beinhaltet sowohl die Aufarbeitung der bisherigen Beziehung der verstorbenen und der trauernden Person als auch Überlegungen dazu, wie diese Beziehung zukünftig aussehen soll. Welche Bedeutung hatte die verstorbene Person für den trauernden Menschen und welche Bedeutung soll sie in Zukunft haben? Die Beantwortung dieser Frage erfordert Nachdenken über die Vergangenheit. Damit können

opioidabhängige Trauernde allenfalls Mühe bekunden, denn der Substanzkonsum kann zu Aufmerksam-, Gedächtnis- und Wahrnehmungsstörungen führen, welche etwa das Erinnerungsvermögen beeinträchtigen und damit die Rekonstruktion erschweren.

Beispiele für die Hilfe bei der Rekonstruktion der Beziehungsgeschichte

- Direkte Thematisierung der Beziehung zum/zur Verstorbenen und deren Weiterführung
- Aufmerksames Zuhören bei Erinnerungs-Erzählungen, kombiniert mit Verbalisierungen und Paraphrasierungen
- Zirkuläre Fragen.
- Lösungsorientierte Fragen
- Allenfalls Thematisierung fixer (religiöser) Treuevorstellungen.
- Etc.

Tabelle 19: Beispiele für die Hilfe bei der Rekonstruktion von Beziehungsgeschichte (eigene Tabelle)

➤ **Hilfe bei der Gestaltung des Abschieds und Ermutigung zur Hinwendung zum Leben**

Trauernde müssen ihr bisheriges Leben, das die verstorbene Person beinhaltete, hinter sich lassen und sich einer ungewohnten Zukunft stellen. Dies braucht neben Geduld, Kraft, Mut, etc. auch viel Selbstbewusstsein, denn man muss bisherige Hilfe zurücklassen und sich alleine in neue Situationen begeben. Wie aber bereits mehrfach gesehen, kann es trauernden opioidabhängigen Menschen auf Grund von Doppeldiagnosen und gesellschaftlicher Stigmatisierung genau daran mangeln. In dem Fall geht es bei dieser Aufgabe auch darum, das Selbstvertrauen zu stärken. Weiter kann auf Grund der wichtigen Stellung, welche die verstorbene Person im Leben des/der ansonsten isolierten Trauernden inne hatte und insbesondere bei Vorliegen einer abhängigen Persönlichkeitsstörung der Abschied besonders schwer fallen. Andererseits kann er auch besonders schnell erfolgen: Der Konsum von Opioiden wirkt euphorisierend, die Polytoxikomanie mit Alkohol oder Benzodiazepinen zusätzlich angstmindernd, so dass die ungewohnte Zukunft ohne Furcht sogleich in Angriff genommen werden will. Zu beachten ist, dass dieser Wunsch jedoch nur solange Bestand hat, wie die Wirkung des Substanzenmix anhält. Ziel des Beraters/der Beraterin muss deshalb sein, den Dialog zwischen Verlust- und Wiederherstellungsorientierung zu fördern, so dass schliesslich Abschied genommen werden kann und die Hinwendung zum Leben auf einer guten Basis erfolgt.

Beispiele für die Hilfe bei der Abschiedsgestaltung und Hinwendung zum Leben

- Wünsche des Klienten/der Klientin bezüglich Art der Verabschiedung klären.
- Organisation und Durchführung von Abschiedsritualen. Dazu Isabell Schönenberger, Sozialarbeiterin: „Das Bedürfnis nach Ritualen ist gross. Bei uns sind immer viele Leute da, auch wenn es ihnen nicht gerade leicht fällt, hinzukommen, sich zu setzen und vielleicht auch spontan etwas zu sagen.“ (Gespräch vom 28. April 2009)
- Verlässliche instrumentelle Unterstützung bieten.
- Besonders erreichbare Anpassungsziele festlegen und verfolgen.
- Etc.

Tabelle 20: Beispiele für die Hilfe bei der Abschiedsgestaltung und Hinwendung zum Leben (eigene Tabelle)

➤ **Evaluation der Bewältigungsressourcen und Risikofaktoren**

Diese Aufgabe umfasst die Hilfe bei der Analyse und Aktivierung von Ressourcen und die Analyse der Risikofaktoren. Das Kapitel 3 „Die Lebenssituation trauernder opioidabhängiger Menschen“ und das Kapitel 1.7 „Folgen des Opioidabhängigkeitssyndroms“ zeigen auf, dass opioidabhängige Menschen oft zahlreiche Ressourcen verlieren. Zur Erledigung der Traueraufgaben und zur Neuordnung des Lebens ist es aber zentral, dass genügend Ressourcen zur Verfügung stehen. In der Beratung muss dieser Aufgabe der Trauerarbeit deshalb besondere Beachtung geschenkt werden. Wichtige Abklärungen betreffen die tatsächlichen Fähigkeiten des Klienten/der Klientin. Dies, weil die Wahrscheinlichkeit, dass sich opioidabhängige Menschen entweder unter- oder überschätzen, gross ist – vor allem bei vorliegender Doppeldiagnose. Diese Aufgabe beinhaltet auch die Thematisierung des Drogenkonsums als Bewältigungsstrategie. Wie in der Arbeit bereits dargestellt wurde, führt der Konsum dank dem Belohnungssystem zu einer schnellen Besserung des persönlichen Befindens, ist aber äusserst schädlich. Der Konsum ist also Ressource und Risikofaktor zugleich. In der Beratung muss geklärt werden, in wie weit der Konsum für den trauernden opioidabhängigen Menschen notwendig ist, wo er durch andere Ressourcen ersetzt werden könnte und vor allem mit welchen Ressourcen einem erhöhten Konsum vorgebeugt werden kann.

Ein weiteres allfälliges Thema ist die Komortalität Trauernder, insbesondere der Suizid. Zu beachten ist diesbezüglich, dass opioidabhängige Menschen ihre Gefühle besonders vor dem Konsum einer neuen Dosis spüren. Dies, weil dann die betäubende Wirkung der letzten Dosis langsam nachlässt. Zu den aufkommenden Gefühlen gesellen sich erste Entzugerscheinungen, welche die Befindlichkeit des opioidabhängigen Menschen zusätzlich beeinträchtigen. Mit dem Opioid haben die Trauernden im gleichen Moment ein

Mittel zur Hand, mit welchem sie sich töten und ihr momentan empfundenes Leid beenden können. Zeigt der/die Trauernde in der Beratung also Anzeichen für Gedanken an Suizid, so dürften diese in anderen Situationen bedeutend verstärkt auftreten. Deshalb müssen solche Anzeichen thematisiert und allenfalls eine Krisenintervention oder andere Massnahmen gestartet werden.

Beispiele für die Hilfe bei der Evaluation von Ressourcen und Risikofaktoren	
	<ul style="list-style-type: none"> • Thematisierung des Opioidkonsums als Bewältigungsstrategie. • Frage nach Ausnahmen. • Frage nach früheren Bewältigungsstrategien und deren Evaluierung. • Weitere Fragearten: Zirkuläre Fragen, direkte Fragen nach Ressourcen, Skalierungsfragen, etc. • Ressourcen direkt zugänglich machen: Informationen, Stiftungen, Betreuungsunterstützungen für die Kinder, Hilfe bei der Neuregelung der Wohnsituation, etc. • Verschlimmerungsfrage, Skalierungsfragen etc. zur Evaluierung der Risikofaktoren. • Thematisierung von Risikofaktoren, die dem Berater/der Beraterin auffallen. • Etc.

Tabelle 21: Beispiele für die Hilfe bei der Evaluierung von Ressourcen und Risiken (eigene Tabelle)

Konkrete Beispiele für Interaktionen entlang der Aufgaben der Trauerarbeit an Hand des Fallbeispiels:

Hilfe bei der Realisierung des Todes	<ul style="list-style-type: none"> • „Ihre Schwester ist gestorben.“ statt „Ihre Schwester ist nun nicht mehr da.“ Eine klare Sprache fördert die Realisation des Todes. • Den Leichnam der Schwester im Leichenschauhaus besuchen (wenn Sandra dies verkraftet), Todesanzeigen heraussuchen, etc.
Validierung des Verlusts	<ul style="list-style-type: none"> • „Was fehlt Ihnen an Ihrer Schwester am meisten, was am wenigsten?“ • Sandra sagt, es fehle ihr, dass ihre Schwester ihr manchmal in ganz schlimmen Momenten ein Valium besorgt habe. Auch dies muss als echten Verlust anerkannt und bearbeitet werden.

Hilfe bei der Auslösung von Trauerreaktionen

- Sandra einen Brief an ihre Schwester schreiben lassen.
- Sandra sagt, sie hätte Schuld am Tod ihrer Schwester. Diese sei zum Zeitpunkt des Unfalls auf dem Weg gewesen, ihre Kinder abzuholen. Das wäre normalerweise Sandras Aufgabe gewesen, weil es ihr aber an dem Tag schlecht ging, hatte sie doch seit langem wieder einmal zu viel Alkohol getrunken und war deswegen unfähig, das Haus zu verlassen. Nur deswegen sei ihre Schwester nun tot.

Auch Schuldgefühle dürfen nicht abgewürgt, sondern müssen zugelassen, verbalisiert und bearbeitet werden.

- „Was denken wohl Ihre Kinder, was der Tod Ihrer Schwester bei Ihnen auslöst?“
Zirkuläre Fragen können hier dazu dienen, dass Sandra scheinbar Aussagen über ihre Umwelt statt über sich selbst machen kann, was ihr vielleicht einfacher fällt. Zudem wird sie sich ihrer Umwelt und damit vielleicht auch dem ganzen Ausmass des Verlustes bewusst.

Hilfe bei der Rekonstruktion der Lebens- und Beziehungsgeschichte

- „Was hätte Ihre Schwester geantwortet, wenn ich sie nach der Bedeutung gefragt hätte, die sie in Ihrem Leben hat?“
Gerade wegen ihrer abhängigen Persönlichkeitsstörung dürfte es Sandra einfacher fallen, diese Frage mit dem Umweg über die Meinung ihrer Schwester zu beantworten.
- „Wie würden Sie merken, dass Sie es schaffen, Ihrer verstorbenen Schwester genau den richtigen Platz in Ihrem zukünftigen Leben einzuräumen?“
Lösungsorientierte Fragen zeigen auf, wann eine Rekonstruktion geglückt ist.

<p>Hilfe bei der Abschiedsgestaltung und Ermunterung zur Hinwendung zum Leben</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Sandra, wie würden Sie sich gerne von Ihrer Schwester verabschieden?“ • Sandra konkret bei der Hinwendung zum Leben unterstützen, so zum Beispiel, wenn sie das Kochen als neue Aufgabe übernehmen muss: Einfache Rezepte heraussuchen, einmal kochen helfen, die Mithilfe der Kinder einplanen etc.
<p>Hilfe bei der Evaluierung von Ressourcen und Risikofaktoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Gibt es Situationen, bei denen Sie schon ohne die Hilfe Ihrer Schwester zurechtkommen?“ Das Fragen nach Ausnahmen des Problems zeigt Lösungsstrategien auf, die vielleicht ausgebaut und häufiger verwendet werden können. • „Vor einigen Jahren starb ein guter Freund von Ihnen. Wie haben Sie es damals geschafft, über seinen Tod hinwegzukommen, ohne zusätzliches Heroin zu konsumieren?“ Lösungsstrategien aus der Vergangenheit könnten auch in der Gegenwart funktionieren.

Tabelle 22: Beispiele für Interaktionen entlang der Aufgaben der Trauerarbeit und bei nicht oder kaum vorhandenen Trauerreaktionen (eigene Tabelle)

5.6.4 Die Intervention bei nicht oder kaum vorhandenen Trauerreaktionen

Wie bereits mehrmals gesehen, trauern opioidabhängige Menschen oft nicht oder nur in den Momenten, in denen die Wirkung der Opiode nachlässt. Dazu Corinne, selber trauernd und opioidabhängig: „Koks verstärkt die Gefühle, Heroin dämpft sie. Ich habe oft gerade die Drogen genommen, welche die Gefühle gedämpft haben. [...] Wir haben dann gesagt: Jetzt nehme ich einen Kick auf ihn!“ (Gespräch vom 28. Mai 2009). Weil sie Trauer dadurch nicht als Problem wahrnehmen, messen opioidabhängige Menschen ihr keine Priorität zu und entsprechende Gesprächsangebote werden ausgeschlagen. Inhibitorische Prozesse wie die Verdrängung der Trauer über den Opioidkonsum sind jedoch Risikofaktoren für eine pathologische Trauerentwicklung. Bei opioidabhängigen Menschen treten gleichzeitig oft noch andere Risikofaktoren auf, etwa die weit fortgeschrittene soziale Isolation, weshalb hier die Gefahr für neue psychische Erkrankungen besonders gross ist. Psychische Erkrankungen und das Nichtdurchlaufen

des Trauerprozesses gehen jedoch stets mit sozialen Problemen einher. Ausgehend von Überlegungen zur Prävention ebendieser Probleme, liegt es deshalb im Interesse der Sozialen Arbeit, dass auch diese Menschen den Trauerprozess durchlaufen. Deshalb sollten entsprechende Anstrengungen unternommen werden.

Zur Trauer kann aber niemand gezwungen werden. Wenn opioidabhängige Menschen nicht fähig sind, die nötigen Voraussetzungen für eine Trauerarbeit zu erfüllen, werden entsprechende Gespräche kaum möglich sein. Es gilt deshalb, Anregungen zum Start und Durchlaufen eines Trauerprozesses in andere Settings zu integrieren. Das meint auch Sepp Riedener, Sozialarbeiter und „Gassenpfarrer“ von Luzern: „Die meisten können nicht sagen: Ich will über den Tod reden! Man muss vielmehr Möglichkeiten schaffen, um solche Gespräche zu fördern.“ (Gespräch vom 21. April 2009) Besonders geeignet sind Interventionen und Angebote, welche nicht einmalig sind, sondern den opioidabhängigen Menschen möglichst zeitunabhängig zugänglich sind. So können sie genau in den eher seltenen Momenten genutzt werden, in denen opioidabhängige Menschen Trauer zulassen können. So kann eine Auseinandersetzung mit der Trauer stattfinden, die im besten Fall dazu führt, dass später eine Trauerarbeit in Anspruch genommen wird. Zu beachten ist jedoch, wie generell bei der Auslösung von Trauerreaktionen, dass die entsprechenden Reaktionen aufgefangen werden müssen.

Beispiele für Interventionen bei nicht oder kaum vorhandenen Trauerreaktionen

- Fotos der verstorbenen Person aufstellen. Besonders geeignet sind Fotos, die Aktivitäten von verstorbener Person und Hinterbliebenen zeigen.
- Gedenkbuch aufstellen, in das jeder und jede all seine/ihre Gedanken hineinschreiben kann.
- Eine Gedenkstätte einrichten, sollte die verstorbene Person nicht in der Nähe begraben liegen.
- Etc.

Tabelle 23: Beispiele für Interventionen bei nicht oder kaum vorhandenen Trauerreaktionen (eigene Tabelle)

5.7 Evaluation

Als fünfter Schritt im Problemlösungsprozess folgt die Evaluation. Dabei wird Erreichtes an den formulierten Zielen gemessen, Aufwand und Nutzen werden überprüft und Selbstreflexion betrieben. Obwohl die Evaluation im Problemlösungsprozess an letzter Stelle steht, muss sie die Arbeit doch bei jedem Teilschritt und jeder Besprechung begleiten. (Weber, 2003, S. 86-87)

Der Zustand opioidabhängiger Menschen kann sich generell, je nach konsumierten Substanz, Konsumzeitpunkt und Doppeldiagnose, schnell ändern. In Trauersituationen kommt zudem ein Hin- und Herschwingen zwischen Verlustorientierung und Wiederherstellung hinzu, siehe 2.4.1 „Erklärungsmodelle“. Deshalb kommt der ständigen Evaluation in der Trauerarbeit bei opioidabhängigen Menschen grosse Bedeutung zu. Sie dient unter anderem der Analyse von Gefahrenpotenzialen. Es ist wichtig, den Klienten/die Klientin in die Evaluation einzubeziehen. Dies insbesondere, weil Trauer hochindividuell ist und die Zusammenarbeit auf Freiwilligkeit beruht.

Konkrete Beispiele für Evaluationsfragen an Hand des Fallbeispiels:

Beispiele für Interventionen bei nicht oder kaum vorhandenen Trauerreaktionen

- „Was gelingt Ihnen, Sandra, heute schon besser als zu Beginn ihrer Trauer? Haben unsere gemeinsamen Gespräche etwas zu dieser Verbesserung beigetragen?“
- Nach einigen Gesprächen können Sandra und die beratende Person die gefassten Ziele und deren Erreichungsstand evaluieren. „Welche Ziele haben Sie schon erreicht? Welche Ziele möchten Sie abändern?“
- Welche Unterschiede kann die beratende Person im Vergleich zum Beginn der Trauerarbeit feststellen? Haben sich zum Beispiel Sandras Heroinkonsum und ihr sozialer Rückzug verstärkt oder abgeschwächt?
- Was würde eine Triage zum jetzigen Zeitpunkt für die Klientin bedeuten? Diese Frage soll der Selbstreflexion der beratenden Person dienen, die ebenfalls wichtiger Bestandteil der Evaluation sein muss.

Tabelle 24: Beispiele für Evaluationsfragen (eigene Tabelle)

5.8 Zusammenfassung des Kapitels

Dieses Kapitel stellt konkrete Beratungsansätze in einem systemisch-lösungsorientierten Verständnis entlang des zirkulären Problemlösungsprozesses nach Ester Weber (2003) dar. Der erste Schritt des Problemlösungsprozesses besteht in der Klärung der Ausgangslage. Diese beinhaltet die Analyse des Ist-Zustandes bezüglich der Lebenssituation des Klienten/der Klientin. Die momentane Lebenssituation des opioidabhängigen Menschen und die Auswirkungen des Todesfalles sollen, etwa mit Hilfe des Lebenslagenkonzeptes, dargestellt werden. Zusätzlich muss geklärt werden, in welchem Kontext die Trauerarbeit stattfindet. Als drittes muss der Auftrag an die beratende Person geklärt werden. Um eine Trauerarbeit überhaupt möglich zu machen, müssen ausserdem gewisse Voraussetzungen erfüllt sein. So muss etwa der Klient/die Klientin im Moment der Beratung Trauer zulassen können und die beratende Person sollte ihre persönlichen und fachlichen Grenzen kennen. Besondere Bedeutung kommt dem Vertrauensverhältnis zu, welches unabdingbar für die Trauerarbeit ist. Als zweiter Schritt werden anschliessend Hypothesen, d.h. Annahmen zur Beschreibung von Eigenschaften,

Prozessen oder Verhaltensmustern, gebildet. Erste Hypothesen dienen der Gesprächsvorbereitung und Reflexion, zirkuläre Hypothesen regen systemisches Denken an und bilden die Grundlage für die Arbeitshypothesen. In die Zielformulierung, die daraufhin in einem dritten Schritt folgt, muss der Klient/die Klientin unbedingt miteinbezogen werden. Ziele sind optimalerweise spezifisch, messbar, aktionsorientiert und attraktiv, realistisch und terminiert. Als vierter Schritt im zirkulären Problemlösungsprozess folgen die Interventionen. Als vierter Schritt im Problemlösungsprozess werden Interventionen geplant und durchgeführt. Die Interventionen in der Trauerarbeit orientieren sich dabei grundsätzlich an den sechs Aufgaben der Trauerarbeit und müssen auf die individuelle Lebenssituation des Klienten/der Klientin angepasst sein. Je nach Tätigkeitsfeld, in dem sich die gemeinsame Bearbeitung eines Themas abspielt, kommen unterschiedliche Arten von Interventionen in Frage. Besonders zu beachten ist hierbei die Krisenintervention, in der die Stabilisierung der Situation im Vordergrund steht und die der eigentlichen Trauerarbeit vorgeht. Wichtig ist die Tatsache, dass auch Interventionen nötig sind, wenn der Klient/die Klientin keine oder kaum Trauerreaktionen zeigt. Dies, weil dann besonders bei opioidabhängigen Menschen die Gefahr der Ausbildung und Verstärkung psychischer Erkrankungen besteht. Als letzter Schritt folgt die Evaluation, bei der Erreichtes an den formulierten Zielen gemessen, Aufwand und Nutzen überprüft und Selbstreflexion betrieben wird. Die ständige Evaluation ist bei trauernden opioidabhängigen Menschen von grosser Bedeutung, dies unter anderem, um das Gefahrenpotential abzuschätzen. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass alle Beratungsansätze auf die jeweils individuelle Ausgangslage abgestimmt werden müssen.

6 Die Schlussfolgerungen

In diesem letzten Kapitel wird auf die Erkenntnisse aus dem bisherigen Erarbeitungsprozess eingegangen. Einerseits wird die Arbeit reflektiert und andererseits fließt die persönliche Haltung der Autorinnen mit ein. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle die Bezeichnung „wir“ anstelle „die Autorinnen“ verwendet. Wir zeigen in diesem Kapitel Erkenntnisse auf, die wir aus dem Lese- und Schreibprozess gewonnen haben, und formulieren Schlussfolgerungen für die Ausbildung und die berufliche Praxis.

Über die vergangenen Wochen und Monate haben wir uns intensiv mit dem Thema „Opioidabhängigkeit“ und „Trauer“ auseinandergesetzt. Zu Beginn der Arbeit war uns nicht klar, wie die Endergebnisse aussehen würden. Ist die Trauerarbeit wirklich eine Aufgabe der Sozialen Arbeit? Ist sie umsetzbar und wenn ja, was braucht es dazu? Umso interessanter war der Erarbeitungsprozess. Immer wieder haben wir aufs Neue erkannt, wie hoch komplex die Themen „Opioidabhängigkeit“ und „Trauer“ bereits unabhängig voneinander sind. Während der Erarbeitung der Themenfelder mussten wir erkennen, dass es kaum Literatur gab, welche die Kombination Abhängigkeit und Trauer bearbeitet. Diese beiden Themen zusammenzuführen wurde zu einer spannenden Herausforderung und regte zu kreativen und debattenreichen Diskussionen an.

Auf der Grundlage unsere Fragestellungen gehen wir auf unsere gewonnenen Erkenntnisse ein.

Im Bereich der Fragestellung zum Gegenstand der Opioidabhängigkeit können wir festhalten, wie unterschiedlich sich die Situation jedes opioidabhängigen Menschen darstellen kann. Die Fähigkeiten und Ressourcen, das soziale Umfeld und die spezifischen Ausprägungen und Auswirkung der Opioidabhängigkeit lassen ein ganz individuelles Erscheinungsbild eines jeden entstehen. Opioidabhängige Menschen können sich auf einem Spektrum zwischen sehr vielen Ressourcen mit gelungener gesellschaftlicher Integration und völliger Exklusion mit Isolation und wenig nutzbaren Ressourcen bewegen. Das macht die Klärung der Ausgangslage und der Situationseinschätzung zu einer zentralen Aufgabe im professionellen Handeln.

Unsere Erkenntnisse in Bezug auf die Fragestellung zur Trauer bestehen darin, dass die Trauer ebenfalls ihre ganz individuellen Ausprägungen hat. Trotzdem müssen alle Trauernde bestimmte Aufgaben erfüllen, deren genaue Ausgestaltung jedoch wiederum stark von individuellen Faktoren und der Bedeutung, welche die verstorbene Person im Leben der hinterbliebenen Person hat, abhängt.

Auf die Frage nach den Folgen und Auswirkungen einer Trauersituation auf einen opioidabhängigen Menschen und weshalb die Trauerbegleitung bei opioidabhängigen Menschen eine spezielle Herausforderung darstellt, kann folgendes festgehalten werden: In der Kombination der beiden Themen „Opioidabhängigkeit“ und „Trauer“ kann sich uns ein hochkomplexes Bild eines trauernden opioidabhängigen Menschen präsentieren. Wir gehen aber grundsätzlich davon aus, dass eine Trauersituation für opioidabhängige

Menschen die Gefahr einer zusätzlichen gesellschaftlichen Exklusion und die Gefahr der Entwicklung, bzw. Verschärfung psychischer Probleme mit sich bringt.

Betreffend der professionellen Arbeitsbeziehung ist uns klar geworden, dass ein fundiertes Vertrauensverhältnis als Basis für die gemeinsame Bearbeitung der Trauer unabdingbar ist. Viele opioidabhängige Menschen sind aufgrund ihrer Lebenserfahrungen und den psychischen Krankheitsbildern misstrauisch in der Beziehung zu anderen Menschen. Vor allem Persönlichkeitsstörungen zeichnen sich durch Störungen in der zwischenmenschlichen Beziehung aus. In einer Trauersituation können die psychischen Störungen und deren Folgen verstärkt werden. Deswegen muss der Fokus erstmal auf einer gelingenden und vertrauensvollen Arbeitsbeziehung liegen, bevor mit der Trauerarbeit begonnen werden kann. Dabei ist das oberste Credo, dass das professionelle Handeln den Bedürfnissen des opioidabhängigen Menschen entspricht und er alleine entscheidet, wann er zur Bearbeitung seiner Trauer bereit ist. Das Angebot der Trauerarbeit unsererseits basiert auf Freiwilligkeit. Ein Dilemma aus professioneller Sicht entwickelt sich dann, wenn die Gefahr einer pathologischen Trauerentwicklung besteht und eine Trauerreaktion eigentlich in Gang gesetzt werden müsste, der betroffene Mensch jedoch nicht zur Bearbeitung der Trauer bereit ist. Es gilt unter Berücksichtigung der Meinung des trauernden Menschen, Abschätzung des IST-Zustandes und der theoretischen und ethischen Grundlagen, abzuklären, wie das weitere Vorgehen in Angriff genommen werden sollte.

Welchen Beitrag kann die Sozialarbeit in der Trauerarbeit für opioidabhängige Menschen in der Langzeitbegleitung leisten? Unsere Erkenntnis liegt darin, dass sich unsere Hypothese, dass eine Trauersituation psychische, physische und soziale Auswirkung für den opioidabhängigen Menschen zur Folge hat, auf Basis theoretischer Grundlagen bestätigt hat. Oftmals dient der Opioidkonsum als Bewältigungsstrategie zur Trauerbewältigung. Die Trauer wird aber in diesem Fall nicht verarbeitet, sondern lediglich verdrängt. Der für eine heilende Trauer wichtigen Erfüllung der Traueraufgaben wird die Realitätsflucht vorgezogen. Dieses Verhalten kann die oben genannten Folgen mit sich bringen. Um diese destruktiven Bewältigungsstrategien zu mindern, muss dem betroffenen Menschen eine Neuordnung seines Lebens ohne die verstorbene Person mittels der Nutzung anderer Ressourcen gelingen. Es ist Aufgabe der Sozialen Arbeit, in diesem Prozess eine unterstützende und begleitende Funktion zu übernehmen und bei der Ressourcenaktivierung und Ressourcenevaluation behilflich zu sein. Wir sind der Meinung, dass dabei durch eine ganzheitliche und anwaltschaftliche Beratungstätigkeit die Unterstützung der trauernden opioidabhängigen Person effizienter geleistet werden kann. Je mehr Kontrolle und Restriktionen die Beratungssituation beinhaltet, desto schwieriger wird es, das dazu nötige Vertrauensverhältnis aufzubauen.

Um einen opioidabhängigen Menschen in seiner Trauerarbeit zu unterstützen, ist es nach unserer Erkenntnis notwendig, dass sich die beratende Person in Bezug auf die eigenen Erfahrungen und den Umgang mit dem Tod reflektieren kann. Denn die Trauerarbeit löst auf beiden Seiten Reaktionen aus. Die Gefahr besteht, dass die beratende Person eigene Ideale und Vorstellungen auf den trauernden Menschen überträgt und sich ungenügend abgrenzen kann. Das Handeln muss daher stetig reflektiert und die Grenzen der eigenen

Belastbarkeit bewusst gemacht werden. Ebenso ist das Wissen über Trauerreaktionen, Traueraufgaben und Opioidabhängigkeit eine grundlegende Voraussetzung zur Trauerarbeit. Wir schätzen es als sehr gefährlich ein, wenn eine Fachperson eine Trauerreaktion in Gang bringt, ohne über das nötige Wissen zu deren Auffangen zu verfügen. Dies kann negative Folgen für den trauernden Menschen haben und im schlimmsten Fall zu einer Krisensituation führen. Deshalb ist für uns zentral, dass eine professionelle Umgebung geschaffen wird, in der Trauerreaktionen zugelassen und aufgefangen werden können. So sind wir der Meinung, dass nur eine Person der Sozialen Arbeit eine Trauerarbeit anbieten sollte, wenn sie wissensmässig, emotional und kognitiv fähig ist, mit diesem Angebot seriös und professionell umzugehen.

Diese Erkenntnisse leiten uns zur Ausbildung und dem Berufsalltag der Professionellen der Sozialen Arbeit über. Wir sind der Meinung, dass ein Aus- und Weiterbildungsangebot erschaffen werden muss, in dem sich die Interessierten fundierte Grundlagen zur Trauerarbeit aneignen können. Wir haben den Eindruck, dass das Thema Trauer einem Tabuthema gleichkommt und sich die Professionellen der Sozialen Arbeit im Umgang mit trauernden Menschen überfordert fühlen. Gleichzeitig werden wir in unserer täglichen Arbeit aber ständig mit Menschen konfrontiert, die Verluste erleiden, dies nicht nur bezogen auf den Tod nahe stehender Menschen sondern auch bezogen auf andere Verluste, so etwa den Verlust des Arbeitsplatzes, des Sorgerechts, der Freiheit etc. Unserer Ansicht nach lassen sich Teile der Erkenntnisse aus dieser Arbeit auf verschiedenste Verluste ausdehnen, natürlich insbesondere in der Arbeit mit opioidabhängigen Menschen. In all diesen Situationen ist es wichtig, den Verlust zu bearbeiten, da eine Nichtbearbeitung sich negativ auf das Leben der Menschen auswirken kann. Somit sehen wir es als zentral an, dass die Thematik Verlust und Trauer Eingang in die Ausbildungsgänge der Sozialen Arbeit findet. Dadurch kann Verständnis für die Situation aufgebracht und eine adäquatere Unterstützung geboten werden, was zu einer Qualitätssteigerung der Profession führen würde.

Die Ausbildung zur Fachperson der Sozialen Arbeit und entsprechende Weiterbildungen müssen auch grundlegende Kenntnisse zu psychischen Problemen vermitteln. Wie wir dargestellt haben, haben trauernde opioidabhängige Menschen sehr oft sowohl mit sozialen als auch psychischen Problemen zu kämpfen, die sich gegenseitig stark beeinflussen, weshalb eine Beratung, die nur auf soziale Probleme fokussiert ist, wenig Sinn macht. Wir sind der Meinung, dass diese Konstellation nicht nur typisch für trauernde opioidabhängige Menschen, sondern für viele Klienten/Klientinnen der Sozialen Arbeit ist. Viele soziale Schwierigkeiten können psychische Probleme auslösen und psychische Störungen führen wiederum zu sozialen Problemen. Diesem Umstand sollten Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten Rechnung tragen. Wichtig ist im gleichen Zusammenhang aber auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die auf gegenseitigem Respekt und Wertschätzung der anderen Disziplin gegenüber basieren muss. Das heute noch oft vorhandene „Gärtchendenken“ der Disziplinen muss abgelegt und durch gegenseitige Unterstützung und fachlichen Austausch zu Gunsten der zu beratenden Personen ersetzt werden.

Zukunftsgerichtet können wir grundsätzlich festhalten, dass zwar die opioidbedingten Todesfälle rückläufig sind, dies aber die Problematik der erschwerten Trauerarbeit bei den hinterbliebenen opioidabhängigen Menschen nicht mindert. So ist und wird das Thema stets aktuell bleiben und entspricht der Aufgabe der Sozialen Arbeit.

Wünschenswert wäre es, wenn Forschungen in der Kombination „Opioidabhängigkeit und Trauer“ gemacht würden. Die Erkenntnisse daraus wären wertvoll für die Beratungstätigkeit. Spannend wäre zu untersuchen, wie trauernde opioidabhängige Menschen miteinander umgehen und wie sie sich gegenseitig unterstützen. Ebenfalls wäre es interessant, Untersuchungen zu den Angehörigen der betroffenen Menschen zu machen, denn wir erachten die Angehörigen als grosse Ressource in der Unterstützung der trauernden Menschen. Während der Erarbeitung dieser Arbeit haben wir uns die Frage gestellt, ob man selbst Erfahrungen mit einem Todesfall gehabt haben muss, um eine adäquate Unterstützung in einer Trauersituation leisten zu können. Dies müsste ebenfalls Gegenstand einer Studie sein.

Durch das Bearbeiten dieser Bachelorarbeit konnten wir viele wichtige Erkenntnisse für unser weiteres professionelles Handeln im Berufsalltag sammeln. Als Fazit für unsere Arbeit können wir festhalten, dass unsere Interventionsvorschläge auf theoretischen Grundlagen basieren. Sie müssen nun in die Praxis umgesetzt und evaluiert werden. Das könnte Gegenstand einer weiteren Bachelorarbeit sein. Uns ist bewusst, dass es kein Patentrezept im Umgang mit trauernden opioidabhängigen Menschen gibt. Doch unser erarbeitetes Wissen gibt uns mehr Sicherheit und uns ist die Wichtigkeit des Themas bewusst, weshalb wir bereit sind, die Thematik Trauerarbeit bei opioidabhängigen Menschen in der Langzeitberatung anzugehen.

7 Das Quellenverzeichnis

- Aleksandrowicz, Jerzy (2003). What psychotherapy is and is not: an essay on redefining of the term. *Psychotherapie Forum*. 11(3), 104-109.
- Arzneimittellekpendium der Schweiz (27. Aufl.). (2006). Basel: Documed AG.
- Bogensberger, Siglinde; Boss, Norber; Dierkes, Stefan; Jäckle, Renate; Meier, Gabriele; Pilsinger, Rita et al. (2000). *Wörterbuch Medizin* (2. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co.
- Brunstein, Bettina (2007). *Trauer beim Tod nahe stehender Menschen – Eine Herausforderung für die Soziale Arbeit? Diplomarbeit*. Dortmund: Fachhochschule Dortmund.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (Hrsg.). (2000). *Heroingestützte Behandlung. Richtlinien. Empfehlungen. Informationen*. Bern: Gerber Typografik.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (Hrsg.). (2009a). *Die Heroingestützte Behandlung/Behandlung mit Diacetylmorphin (HeGeBe) im Jahr 2007*. Gefunden am 18. Juni 2009, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/01191/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (Hrsg.). (2009b). *Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmepaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006-2011*. Gefunden am 18. Juni 2009, unter <http://www.bag.admin.ch/shop/00035/00204/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Polizei [fedpol] (Hrsg.). (2008). *Bericht 2007. Polizeiliche Kriminalstatistik PKS. Schweizerische Betäubungsmittelstatistik*. Gefunden am 18. Juni 2009, unter http://www.fedpol.admin.ch/etc/medialib/data/kriminalitaet/statistik/kriminalitaet.Par.0008.File.tmp/PKS_BMS_06_DEF_dt.pdf.
- Bundesamt für Statistik [bfs] (Hrs.). (2009). *Sterbefälle und altersstandardisierte Sterbeziffern pro 100'000 Einwohner*. Gefunden am 18. Juni 2009, unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>
- Canacakis, Jorgos (1987). *Ich sehe deine Tränen. Trauern, Klagen, Leben können*. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, Martin & Schulte-Markwort, Michael (Hrsg.). (2004). *Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer*

- Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (4. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht [EBDD] (Ohne Datum). *Opioidkonsum und injizierender Drogenkonsum*. Gefunden am 4. Aug. 2009, unter <http://ar2006.emcdda.europa.eu/de/page010-de.html>
- Fengler, Jörg (2002). *Handbuch der Suchtberatung. Beratung, Therapie, Prävention*. Landsberg/Lech: ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG
- Fuchs, Ursula (2007a). *Kontext und Auftragsklärung*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Fuchs, Ursula (2007b). *Skript Krise, Krisenintervention*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Fuchs, Ursula (2007c). *Systemische Beratung. Grundlagen*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Häfeli, Jörg (2008a). *Definition und Begriffe*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Häfeli, Jörg (2008b). *Grundlagen und Erklärungsmodelle*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Häfeli, Jörg (2008c). *Sucht und Abhängigkeit. Grundlagen 1. Zum Suchtbegriff. Theorien – Erklärungsmodelle*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Hafen, Martin (2007). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hengartner, Thomas & Merki, Christoph Maria (Hrsg.). (1999). *Genussmittel. Ein kulturgeschichtliches Handbuch*. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Husi, Gregor (2005). *Die Differenzierung der Gesellschaft*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Inhelder, Oliver (ohne Datum). *Ein „SMART“es Ziel bestimmen*. Gefunden am 23.07.2009 unter http://www.beratungspool.ch/inhelder/unterricht/download_se/se_zielbestimmung_t.pdf
- Koch, Selma (2007a). *Anfangen in der Beratung. Auftrags- und Kontextklärung*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.

- Koch, Selma (2007b). *Ethisch-rechtliche Standards. Modul 102 Beratung und Intervention*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Kurmann, Julius (2009). *Schizophrenien*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Lammer, Kerstin (2004). *Den Tod begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung* (3. Aufl.). Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag.
- Marris, Peter (1974). *Loss and Change*. Routledge: Kegan Paul. Gefunden in Lammer, Kerstin (2004). *Den Tod begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung* (3. Aufl.). Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag.
- Meier Kressig, Marcel & Husi, Gregor (2002). Auf den Spuren des Lebens. Eine Weiterentwicklung des Lebenslagenkonzepts. *SozialAktuell*, 2002 (15), 20 – 23.
- Moggi, Franz (Hrsg.) (2002). Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mösch Payot, Peter (2006). *Sucht und rechtliche Reaktionen*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Müller-Heller, Esther (1999). *Phytotherapie. Inhaltsstoffe und ihre Wirkungen oder die emsigen Wichtelchen der Heilpflanzen*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Baldeggerschule für Gesundheits- und Krankenpflege Sursee.
- Payk, Theo R. (2002). *Pathopsychologie. Vom Symptom zur Diagnose*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch (259. Aufl.). (2002). Berlin: de Gruyter.
- Sachse, Rainer (2009). *Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten* (4. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Salzburger Universitätsklinikum (ohne Datum). *Drogenabhängigkeit und Komorbidität*. Gefunden am 10. Jul. 2009, unter www.oegabs.at/komorbiditaet040408short.pdf
- Sass, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich; Zauding, Michael & Houben, Isabel (Übers. & Hrsg.). (1998). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe. Verlag für Psychologie.
- Schmocker, Beat (2004). „Soziale Arbeit“ – Das gemeinsame „Dach“ der Berufsgruppen „Sozialarbeit“, „Sozialpädagogik“ und „Soziokulturelle Animation“. Unveröffentlichte Abschrift eines im Rahmen des gemeinsamen Treffens der Vorstände von SBVS,

- FERTES und SBS gehaltenen Referats. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (Hrsg.). (ohne Datum). *Drogeninfo Heroin*. Lausanne: Autor.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (Hrsg.). (ohne Datum). *Drogeninfo Methadon- und Heroinabgabe*. Lausanne: Autor.
- Seidenberg, André & Honegger, Ueli (1998). *Methadon, Heroin und andere Opiode. Medizinisches Manual für die ambulante opioidgestützte Behandlung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Stimmer, Franz (2000). *Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit* (4. Aufl.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Stroebe, Margaret; Stroebe, Wolfgang (1987). *Bereavement and Health. The Psychological and Physical Consequences of Partner Loss*. Cambridge: Cambridge University Press. Gefunden in Lammer, Kerstin (2004). *Den Tod begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung* (3. Aufl.). Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag.
- Thiersch, Hans und Otto, Hans-Uwe (Hrsg.) (2003). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel* (5. Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.
- Von Schlippe, Arst & Schweitzer, Jochen (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (10. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Von Spiegel Hiltrud (2004). *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis*. München: Ernst Rinhardt Verlag.
- Weber, Esther (2003). *Beratungsmethodik in der Sozialarbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern*. Luzern: interact.
- Worden, J. William (2007). *Beratung und Therapie in Trauerfällen* (3. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Znoj, Hansjörg (2004). *Komplizierte Trauer*. Göttingen: Hogrefe.