

**Bachelor-Arbeit**  
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**  
Kurs **TZ 2020-2025**

**Nathalie Zirell**

**Zur Komorbidität von Substanzabhängigkeit und  
posttraumatischer Belastungsstörung aus der Perspektive  
der Sozialarbeit in der Schweiz**

**Was psychosoziale Beratung bei der Dualdiagnose Substanzabhängigkeit und  
posttraumatischer Belastungsstörung leisten kann**

Diese Arbeit wurde am **06.01.2025** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

---

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

---

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

## **Vorwort der Studiengangleitung Bachelor**

Die Bachelor-Arbeit 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 Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren 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 und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand\_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit 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 Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2025

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

**Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive  
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern**



**Urheberrechtlicher Hinweis:**

**Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.**

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

**Sie dürfen:**



**Teilen** — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

**Zu den folgenden Bedingungen:**



**Namensnennung** — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



**Nicht kommerziell** — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



**Keine Bearbeitungen** — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

**Keine weiteren Einschränkungen** — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

## I Abstract

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird die Komorbidität von Substanzabhängigkeit und posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) untersucht. Die Autorin Nathalie Zirell erarbeitet die Thematik aus der Perspektive der psychosozialen Sozialarbeit in der Schweiz. Obwohl beide Krankheitsbilder einzeln gut erforscht sind, stellt ihre Kombination als Dualdiagnose eine Herausforderung für das soziale Versorgungssystem dar. Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit dient der Beantwortung der Frage, mit welchen Methoden, Beratungsansätzen und Modellen Sozialarbeitende diese Zielgruppe unterstützen können.

Entlang vorhandener Fachliteratur wird nicht nur die gesellschaftliche Stigmatisierung aufgegriffen, sondern auch die Herausforderungen im alltäglichen Leben der Zielgruppe beschrieben. Spezifische Risikogruppen werden ebenso betrachtet wie die Wechselwirkungen von PTBS-Symptomen und dem Substanzgebrauch im Rahmen einer Selbstmedikation. Die Rolle der Sozialarbeit wird im Hinblick auf Bereiche wie die ambulante Suchtberatung, die soziale Diagnostik und Traumasensibilität erläutert. Evidenzbasierte Ansätze wie die motivierende Gesprächsführung und Elemente aus der Traumapädagogik werden als bedeutsame Faktoren für eine bedarfsorientierte Unterstützung von Menschen mit Dualdiagnose aufgeführt. Eine Kombination der Motivierenden Gesprächsführung und traumasensiblen Ansätzen bietet ein hohes Potential für den Umgang mit der Zielgruppe.

## II Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract</b> .....	<b>I</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>II</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>III</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>V</b>
<b>1 Einleitung</b> -----	<b>7</b>
1.1 Motivation-----	9
1.2 Ziele und Fragestellungen der Arbeit -----	10
1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit-----	10
1.4 Vorgehen und Aufbau der Arbeit-----	11
1.5 Abgrenzung -----	12
<b>2 Die Dualdiagnose Substanzabhängigkeit und posttraumatische Belastungsstörung</b> -----	<b>14</b>
2.1 Die Begrifflichkeit der Dualdiagnose -----	14
2.2 Beschreibung der Zielgruppe: Menschen mit Substanzabhängigkeit und PTBS -----	18
2.2.1 Folgen traumatischer Ereignisse -----	18
2.2.2 Menschen mit Flucht- und/oder Kriegserfahrung-----	21
2.2.3 Risikogruppe Frauen -----	22
2.2.4 Familiäre Vorbelastung -----	24
2.3 <i>Gesellschaftliche Stigmatisierung der Zielgruppe und Selbststigmatisierung des Individuums</i> -----	25
2.3.1 Psychosoziale Auswirkungen der Dualdiagnose auf das Individuum -----	26
2.4 Zusammenfassung, Zwischenfazit und Überleitung -----	27
<b>3 Ursachen für Substanzabhängigkeit bei PTBS</b> -----	<b>28</b>
3.1 Trias-Modell -----	28
3.2 Symptome einer PTBS-----	29
3.2.1 Intrusionen -----	30
3.2.2 Hyperarousal -----	30
3.2.3 Vermeidungsverhalten -----	31
3.2.4 Weitere Symptome -----	31
3.3 <i>Das Phänomen des Circulus vitiosus</i> -----	31
3.4 <i>Die Selbstmedikationshypothese</i> -----	33
3.5 Zusammenfassung, Zwischenfazit und Überleitung -----	35

<b>4</b>	<b>Die Rolle der Sozialarbeit in Bezug auf Menschen mit Dualdiagnose</b>	<b>35</b>
4.1	<i>Sozialarbeitende mit häufigem Kontakt zur Zielgruppe</i>	35
4.2	<i>Handlungsfelder der Sozialarbeit in der Suchtberatung</i>	36
4.2.1	Sozialarbeit und Substanzabhängigkeiten	37
4.3	<i>Auftrag der Sozialarbeit auf Basis des Berufskodex</i>	37
4.3.1	Soziale Arbeit	37
4.3.2	Sozialarbeit	38
4.3.3	Sozialarbeit in der ambulanten Suchtberatung	38
4.4	<i>Psychosoziale Beratung aus dem Blickwinkel der Sozialarbeit</i>	39
4.4.1	Unterscheidung: Psychosoziale Beratung und Therapie	39
4.4.2	Soziale Diagnostik	40
4.4.3	Instrumente der sozialen Diagnostik	41
4.4.4	Institutionelle Vernetzungsarbeit	43
4.4.5	Interprofessionelle Zusammenarbeit	44
4.5	<i>Hilfe zur Selbsthilfe</i>	45
4.6	<i>Zusammenfassung, Zwischenfazit und Überleitung</i>	46
<b>5</b>	<b>Beratungsgespräche mit Menschen mit Dualdiagnose am Beispiel der Suchtberatung</b>	<b>47</b>
5.1	<i>Transtheoretisches Modell der Veränderungsbereitschaft</i>	48
5.2	<i>Motivierende Gesprächsführung</i>	50
5.2.1	Ambivalenz als Ansatz	51
5.2.2	Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung	52
5.2.3	Relevante Elemente der Motivierenden Gesprächsführung	53
5.2.4	Motivierende Gesprächsführung in Bezug auf eine Dualdiagnose	56
5.2.5	Motivierende Gesprächsführung am Beispiel von Kriegsveteran*innen	58
5.3	<i>Traumaisensible Beratung</i>	58
5.3.1	Traumaisensible Haltung	58
5.3.2	Sicherheit als Basis	60
5.3.3	Traumabezogene Interventionen	60
5.4	<i>Zusammenfassung, Zwischenfazit und Überleitung</i>	62
<b>6</b>	<b>Fazit</b>	<b>62</b>
6.1	<i>Beantwortung der Fragestellungen</i>	64
6.1.1	Doppelte Belastung für Klient*innen mit Dualdiagnose	64

6.1.2	Rolle der Sozialarbeit in der Arbeit mit Menschen mit Dualdiagnose -----	66
6.1.3	Evidenzbasierte Methoden in der psychosozialen Beratung -----	67
6.2	<i>Persönliches Fazit</i> -----	69
6.3	<i>Ausblick</i> -----	70
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> -----	<b>72</b>
	<b>Anhang A: Verwendung KI-gestützter Tools</b> -----	<b>81</b>

### III Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Traumatische Ereignisse und das Risiko einer PTBS</i>	19
<i>Abbildung 2: PTBS-Prävalenz nach Traumatyp</i>	20
<i>Abbildung 3: Häufigkeit der PTBS im Studienvergleich über Geschlecht und Alter</i>	23
<i>Abbildung 4: Trend der Sozialhilfebeziehenden in der Gesamtbevölkerung im Vergleich bei Personen mit Abhängigkeit von Alkohol und Opioiden, Anteile in %</i>	26
<i>Abbildung 5: Anzahl und Status der Personen mit Substanzabhängigkeit verglichen mit der Gesamtbevölkerung im Jahr 2017</i>	27
<i>Abbildung 6: Trias der Suchtentwicklung</i>	29
<i>Abbildung 7: Die drei Symptomgruppen einer PTBS</i>	30
<i>Abbildung 8: Teufelskreismodell</i>	33
<i>Abbildung 9: Arbeitsfelder der professionellen Suchthilfe</i>	36
<i>Abbildung 10: Lebensführungssystem</i>	42
<i>Abbildung 11: 4-Felder-Karte-Veränderungsmatrix</i>	43
<i>Abbildung 12: Verhaltensstrategien und Stufenordnung im transtheoretischen Modell</i>	49
<i>Abbildung 13: Das transtheoretische Phasenmodell nach Prochaska et al. mit Interventionsergänzung</i>	50
<i>Abbildung 14: Die Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung</i>	52
<i>Abbildung 15: Die vier Phasen der Motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick</i>	54

### V Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Vergleich und Unterschiede Klassifikationssysteme bei PTBS</i>	16
<i>Tabelle 2: Vergleich und Unterschiede Abhängigkeitssyndrom</i>	17

# 1 Einleitung

«Was ist Sucht wirklich? Es ist ein Zeichen, ein Signal, ein Symptom der Verzweiflung. Es ist eine Sprache, die uns von einer Notlage erzählt, die verstanden werden muss.»

Alice Miller (zit. in Maté, 2021, S. 2)

Die vorliegende Bachelorarbeit wurde im Studiengang Soziale Arbeit an der Hochschule Luzern mit Schwerpunkt Sozialarbeit verfasst. In der Einleitung wird die Ausgangslage dargestellt und nachfolgend die Motivation der Autorin erläutert. Anschliessend werden die Ziele und die Fragestellung vorgestellt und die Relevanz für die Soziale Arbeit begründet. Zum Abschluss wird der methodische Ansatz sowie der Aufbau der Arbeit erläutert. Dabei werden auch der thematische Rahmen und die Abgrenzung definiert.

Die Ausgangslage der vorliegenden Bachelorarbeit wird anhand der aktuellen Datenlage zur schweizweiten Inanspruchnahme von Suchthilfe dargestellt. Nach den letzten erhobenen Daten der Institutionsbefragung in der Suchthilfe in ambulanten und stationären Settings des Bundesamts für Gesundheit aus dem Jahr 2022 kommt es zu der Hochschätzung, dass rund 49'000 Personen wegen einer Substanzabhängigkeit behandelt wurden. Gemäss der Befragung befanden sich circa 25'000 Personen in einer ambulanten Behandlung und 13'100 Personen in einer stationären Einrichtung der Suchthilfe. Die übrigen Klient\*innen besuchten wahrscheinlich Tagesstrukturen oder verhaltenstherapeutische Angebote (Krizic et al., 2023, S. 10). Bei den ursächlichen abhängigkeitsfördernden Substanzen handelte es sich vorwiegend um Alkohol (51 %), Kokain (11 %) mit steigender Tendenz, Opioide (10 %) und Cannabis (10 %) (act-info, 2023; zit. in MonAM, 2024). Es wird angenommen, dass ungefähr 250'000 Personen in der Schweiz alkoholabhängig sind, wobei die Dunkelziffer bezüglich einer Substanzabhängigkeit gross ist. Genaue Zahlen können nicht ermittelt werden, weil nicht jede Person eine Behandlung in Anspruch nimmt (Kuendig, H., 2010; zit. in Bundesamt für Gesundheit, o. J.) (Open AI, 2024). Bei geschätzten 250'000 alkoholabhängigen Personen, von denen gemäss der Statistik 24'090 (51 % der oben genannten 49'000 Personen) eine Behandlung aufgesucht haben, sind nach Berechnung 225'010 Personen mit Alkoholabhängigkeit ohne Behandlung.

Eine Substanzabhängigkeit kann mit erheblichen sozialen Auswirkungen für die betroffenen Personen einhergehen. Die Addiction Suisse (2021; zit. in Bundesamt für Gesundheit, 2021) hat dazu eine Studie veröffentlicht. Es zeichnet sich ab, dass Menschen mit Substanzabhängigkeit signifikant von Arbeitslosigkeit betroffen sind und öfter Sozialhilfe und Invaliditätsrenten beziehen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (S. 1). Nicht nur die unmittelbaren gesundheitlichen Auswirkungen des Drogenkonsums sind ein Problem für Menschen mit einer Substanzabhängigkeit. Sie sind zudem Stigmatisierungen, Vorurteilen und Schuldzuweisungen vonseiten ihres Umfelds und der Gesellschaft ausgesetzt. Dies kann zu einer ausgeprägten Selbstabwertung führen (S. 2). In der Studie wird davon ausgegangen, dass 7,1 % der in der Schweiz wohnhaften Personen in sozialer Isolation leben, wobei Suchtbetroffene zwei- bis dreimal so häufig in sozialer Isolation leben im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung (ebd.). Zudem berichtet das Bundesamt für Gesundheit (2022) bezüglich der siebten Gesundheitsbefragung der Schweizer Bevölkerung, dass 18 % der Schweizer Bevölkerung an einer oder mehreren psychischen Erkrankungen leiden. Frauen zwischen 15 und 24 Jahren sind besonders häufig betroffen (S. 1).

Laut Ridinger-Johann und Walter (2014) nimmt der Fall an Komplexität zu, wenn die Vermutung naheliegt, dass Klient\*innen mit Substanzabhängigkeit eine zusätzliche psychische Erkrankung aufweisen (S. 6). Die These der Autorin der vorliegenden Arbeit lautet, dass eine Beratung und eine Triage für Menschen mit der Dualdiagnose *Substanzabhängigkeit* und *posttraumatische Belastungsstörung* (nachfolgend PTBS genannt) traumasensibel und gleichzeitig adäquat hinsichtlich der Suchthematik gestaltet werden müssen. Im Interesse der Lesbarkeit wird in der Folge *Dualdiagnose* als Begriff für die Kombination aus Substanzabhängigkeit und PTBS gewählt.

Im Hinblick auf die Fallzahlen alkoholabhängiger Personen in Behandlung sind bei Frauen 85 % und bei den Männern 78 % der Klient\*innen mit einer zusätzlichen psychischen Erkrankung belastet. Bei Substanzabhängigkeiten mit illegalen Substanzen sind die Zahlen nahezu identisch. Insgesamt wurden bis zu 37 % der behandelten alkoholabhängigen Personen mit einer PTBS diagnostiziert (Ridinger-Johann & Walter, 2014, S. 2). Die Dualdiagnose ist weit verbreitet. Die PTBS-Rate unter Patient\*innen der Suchttherapie beträgt bei Frauen 30 bis 59 % (Männer 12 bis 34 %). Diese grosse Spanne in den Prozentzahlen interpretiert die Autorin der vorliegenden Arbeit so, dass entweder eine gewisse Dunkelziffer mitberechnet wurde oder dass das Krankheitsbild mancher Menschen nicht eindeutig zu diagnostizieren ist. Menschen mit PTBS und Substanzabhängigkeit sind schwerer

zu behandeln als Menschen, die unter nur einer der beiden Diagnosen leiden (Najavits, 2009, S. 18–19). Weil die Dualdiagnose eine Herausforderung für das gesamte soziale und medizinische Versorgungssystem bedeutet (Kapfhammer, 2022, S. 12), wird in der vorliegenden Arbeit untersucht, inwiefern die Sozialarbeit Abhilfe schaffen kann.

Die beschriebenen sozialen Auswirkungen von Substanzabhängigkeit wie Arbeitslosigkeit und finanzielle Schwierigkeiten sind erfahrungsgemäss Gründe, warum Menschen mit Substanzabhängigkeit Sozialarbeitende aufsuchen. Sozialarbeitende sind in der Lage, Vernetzungsarbeit zu leisten. Sozialarbeitende können Klient\*innen mit Substanzabhängigkeit an geeignete Suchtfachstellen vermitteln, wenn die betroffenen Personen den Wunsch nach einer Behandlung äussern.

## 1.1 Motivation

Die Motivation, die vorliegende Arbeit zu verfassen, entstand aus einer Wissenslücke. Die wissenschaftliche Grundlage für das Thema der Substanzabhängigkeit ist umfangreich und bietet gut erforschte Ansätze für die fachliche Auseinandersetzung in der Sozialarbeit. Zum Bereich Trauma und PTBS wurden in der Vergangenheit zahlreiche Studien durchgeführt und einige gut etablierte Therapieansätze entwickelt. Obwohl die Komorbidität von Substanzabhängigkeit und PTBS wissenschaftlich bestätigt und unter dem Begriff der Dualdiagnose anerkannt ist, werden die beiden Krankheitsbilder in Fachbüchern der Sozialen Arbeit meist getrennt voneinander betrachtet und beschrieben. Auch in den Rechercheportalen des Internets, Suchmaschinen und Bibliotheken fand die Autorin nur eine kleine Anzahl an Fachtexten, welche sich mit der Thematik der Dualdiagnose aus der Perspektive der Sozialarbeit befassen.

Die Motivation die vorliegende Bachelorarbeit zu verfassen, stellt gleichzeitig ihre Herausforderung dar. Im Fachgebiet der Psychologie sind die Zusammenhänge und die Wechselwirkungen der beiden Erkrankungen anerkannt. Bekannterweise distanziert sich die Sozialarbeit von therapeutischen Ansätzen, welche Psychotherapeut\*innen vorbehalten sind. Deshalb stellt sich der Autorin die Frage, welchen Einfluss die Sozialarbeit auf die Situation der betroffenen Personen hat und welche Rolle die Sozialarbeit einnimmt. Es wird ein Handlungskonzept für die Sozialarbeit mit Menschen mit der genannten Dualdiagnose benötigt. Dieses Handlungskonzept soll von der Beratung bis zur Triage reichen und Sozialarbeitenden ermöglichen, gezielter auf die Bedürfnisse der betroffenen

Klient\*innen einzugehen. Der Fokus liegt dabei auf einer nachhaltigen Unterstützung und Linderung der belasteten Situation.

Durch die Verknüpfung von fachlichem Wissen aus den Bereichen der Substanzabhängigkeiten und der PTBS schafft diese Arbeit eine Grundlage, um die Dualdiagnose Sozialarbeitenden näherzubringen und die Rolle der Sozialarbeitenden im Versorgungsnetz der Schweiz im Kontext der Dualdiagnose zu definieren (OpenAI, 2024).

## 1.2 Ziele und Fragestellungen der Arbeit

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird die sozialarbeiterische Unterstützung für Klient\*innen mit Dualdiagnose erörtert. Die Autorin trifft die Annahme, dass diverse Fachgebiete der Sozialarbeit ausserhalb der Suchtberatung ebenfalls mit der Zielgruppe in Kontakt sind. Diese Fachgebiete werden in Kapitel 4.1 aufgeführt. Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit besteht darin, bestehende Ansätze, Modelle, Konzepte und Erkenntnisse zu bündeln und in ein praxistaugliches Handlungskonzept für Sozialarbeitende zu überführen. Dieses Handlungskonzept ermöglicht den Sozialarbeitenden aus diversen Handlungsfeldern einen Einblick in die Methoden der Suchtberatung und ein tieferes Verständnis für die Zielgruppe.

Die entsprechende Hauptfrage lautet:

**Mit welchen Methoden, Beratungsansätzen und Modellen können Sozialarbeitende Klient\*innen mit der Dualdiagnose *Substanzabhängigkeit und PTBS* unterstützen?**

1. Welche Auswirkungen hat die Dualdiagnose Substanzabhängigkeit und PTBS auf das Leben der Betroffenen im persönlichen wie im gesellschaftlichen Kontext?
2. Welche Rolle nimmt die Sozialarbeit in der psychosozialen Beratung von Menschen mit Substanzabhängigkeiten und einer PTBS ein und wie kann sie diese Personen förderlich unterstützen?

## 1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit

Wie bereits hinsichtlich der Ausgangslage in Kapitel 1 beschrieben wurde, ist die Auseinandersetzung mit der Thematik der Dualdiagnose nicht nur für Fachpersonen der Psychologie von Relevanz, sondern auch für Sozialarbeitende. Die Zielgruppe, Menschen mit

Dualdiagnose, ist aus Gründen der gehäuften Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit oder Delinquenz in Kontakt mit Sozialarbeitenden. Personen mit Substanzabhängigkeit beziehen öfter Sozialversicherungsleistungen und benötigen Zugang zu sozialen Hilfsangeboten (Addiction Suisse, 2021; zit. in Bundesamt für Gesundheit, 2021, S. 21).

Die Autorin der vorliegenden Arbeit geht davon aus, dass jeder Bereich der Sozialarbeit Berührungspunkte mit Menschen mit Substanzabhängigkeit hat. Sozialarbeitende sind eine Anlaufstelle, wenn Hilfe in finanzieller, rechtlicher oder materieller Art durch das Versorgungssystem benötigt wird. Die vorliegende Arbeit soll dazu beitragen, Sozialarbeitende zu stärken und Fachwissen zu bündeln, sodass eine adäquate Beratung für Menschen mit Dualdiagnose erfolgen kann – selbst dann, wenn eine PTBS nicht ärztlich diagnostiziert ist und nur eine entsprechende Vermutung besteht.

Weil der Alltag von Menschen mit Substanzabhängigkeit vielfältige Hindernisse mit sich bringt, beschreiben Abderhalden et al. (2024) das Grundverständnis der Sozialen Arbeit im Suchtbereich anhand zweier Aufgaben: 1. Ermöglichung der Mitgestaltung gesellschaftlicher und sozialräumlicher Verhältnisse und 2. lebensweltbezogene Unterstützung zu einer gelingend(er)en Lebensführung (S. 10) (OpenAI, 2024). Auch der *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz* beschreibt diverse Grundsätze für den gesamten Bereich der Sozialen Arbeit und somit auch der Sozialarbeit. Ein Grundsatz der Sozialen Arbeit lautet, dass jeder Mensch den Anspruch auf Integration und ein inklusives soziales Umfeld hat sowie das Recht auf die Erfüllung grundlegender Bedürfnisse. Eine Verpflichtung der Sozialen Arbeit ist es, für Menschen mit ungenügender Teilhabe und mangelndem Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen einen Beitrag zu leisten. Soziale Arbeit begleitet Menschen, betreut sie, schützt sie, sichert und stabilisiert sie. Zudem fördert Soziale Arbeit Veränderungen, die Menschen unabhängiger werden lassen. Das Ziel der Sozialen Arbeit ist es, dass Menschen unabhängig werden von der Sozialen Arbeit und in der Lage sind, sich von ihr abzulösen (AvenirSocial, 2010, S. 7). Im Kontext der psychosozialen Beratung in der Suchthilfe gilt es, die betroffenen Personen dahingehend zu begleiten und zu unterstützen, dass diese ihren Alltag befreiter gestalten können: *Hilfe zur Selbsthilfe*.

## 1.4 Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Im aktuellen Kapitel 1.4 werden das Vorgehen und der Aufbau dieser Fachliteraturarbeit beschrieben. Ausgangspunkt der Literaturrecherche war die Suchstrategie mit Begriffen wie *posttraumatische Belastungsstörung*, *Substanzabhängigkeit*, *Sucht*, *Dualdiagnose*

und *Komorbidität*. Auf dieser Grundlage wurden wissenschaftliche Publikationen, Fachliteratur und praxisorientierte Studien recherchiert. Die Literatur wurde anhand der angegebenen Begriffe auf swisscovery.ch, Google Scholar, researchrabbit.com und in der Mediathek der Hochschule Luzern gesucht und selektiert. Neuere Literatur wurde, sofern vorhanden, für die Beantwortung der Fragestellungen präferiert. Auffällig zeigte sich, dass sich neue Fachliteratur in der Regel auf die klassische Literatur zum Thema Abhängigkeit bezieht. Mit Fokus auf den Fragestellungen und der Perspektive der Sozialarbeit wurde die Fachliteratur eingesetzt, um das Fachwissen verschiedener Autor\*innen zusammenzuführen. Künstliche Intelligenz von OpenAI wurde in einigen Passagen genutzt und jeweils vermerkt im Fliesstext und im KI-Verzeichnis unter Kapitel 8.

Ausgehend von der Beschreibung der Ausgangslage in Kapitel 1 wurden die Fragestellungen sowie die Ziele der Bachelorarbeit, die Motivation und die Relevanz für die Soziale Arbeit formuliert. Im nachfolgenden Kapitel wird zunächst die Dualdiagnose von Substanzabhängigkeit und PTBS erläutert, wobei die Zielgruppe, die gesellschaftliche Stigmatisierung, die psychosozialen Auswirkungen und die soziale Diagnostik näher betrachtet werden. Aufbauend auf diesen Grundlagen wird in Kapitel 3 erörtert, welche möglichen Gründe für einen Substanzmissbrauch bei PTBS bestehen. Weiterführend wird in Kapitel 4 die Rolle der Sozialarbeit in der Arbeit mit Menschen mit Substanzabhängigkeit und PTBS thematisiert. Abschliessend erfolgt in Kapitel 5 die Vertiefung der Thematik. Die Auseinandersetzung mit der Motivierenden Gesprächsführung und der traumasensiblen Beratung in der psychosozialen Arbeit mit Menschen mit Dualdiagnosen bildet den Abschluss des Hauptteils. Die Arbeit endet mit einer Zusammenfassung, der Beantwortung der Fragestellungen, einem Fazit und einem Ausblick in Kapitel 6.

## 1.5 Abgrenzung

Die vorliegende Arbeit ist wie folgt abgegrenzt:

- **Ausschluss weiterer Traumafolgestörungen**
  - Behandlung der Thematik ausschliesslich hinsichtlich der Kombination von Substanzabhängigkeit und PTBS
  - Keine Behandlung anderer bekannter Dualdiagnosen wie Depressionen, Schizophrenie oder Borderline
  - Keine Betrachtung von anderen Traumafolgestörungen wie akuten Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen
  - Keine Berücksichtigung einer komplexen PTBS (KPTBS)

- Fokus auf Menschen mit Primärerkrankung PTBS und einer später folgenden Substanzabhängigkeit, die umgekehrte Reihenfolge (substanzinduzierte Störung) wird nicht behandelt
- **Fokus auf Sozialarbeit**
  - Eingrenzung auf sozialarbeiterisches Handeln und dessen Kompetenzbereich
  - Keine Untersuchung der Kompetenzfelder des Fachbereichs Sozialpädagogik im stationären Bereich mit Ausnahme einzelner Methoden oder Wissensfelder aus der Traumapädagogik oder der Vernetzung zu einer entsprechenden Institution
- **Geografischer Fokus**
  - Ausschliessliche Berücksichtigung der Schweiz und des deutschsprachigen Raums
- **Ausschluss medizinischer Wissenschaft**
  - Keine Betrachtung medizinischer oder neurologischer Aspekte
  - Verwendung der internationalen Klassifikation der ICD-10; die ICD-11 wird nur erwähnt, sofern Studienergebnisse darauf Bezug nehmen
  - Ausschluss einer neurologischen Begründung für eine PTBS oder eine Abhängigkeitserkrankung und ihre Mechanismen im Gehirn und Körper
- **Einschränkung auf stoffgebundene Abhängigkeiten**
  - Fokus auf stoffgebundenen Abhängigkeiten (z. B. Alkohol, weitere psychotrope Substanzen)
  - Keine Berücksichtigung einer stoffungebundenen Abhängigkeit wie Spielsucht
- **Ausschluss spezifischer Aspekte des Konsumverhaltens**
  - Keine Einbeziehung von Genussmitteln, riskantem Konsum und entsprechenden Konsummengen
  - Kein Bezug auf Schadenminderungskonzepte
- **Nicht behandelte Themen**
  - Keine Erörterung von Traumata in der Schwangerschaft und anderen spezifischen Traumathemen
  - Keine nähere Beschreibung von Therapieansätzen, welche Psychotherapeut\*innen vorbehalten sind
  - Keine Untersuchung alternativer Bewältigungsstrategien für Menschen mit einer Dualdiagnose erwähnt

- Keine Berücksichtigung des Aspekts einer familiären Vorbelastung durch Gewalterfahrungen entsprechender Täter\*innen
- Keine Darstellung spezieller Resilienzfaktoren zum Schutz vor der Entwicklung einer PTBS
- Keine nähere Beschreibung von Möglichkeiten im Bereich der sozialen Rehabilitation, der medizinischen Rehabilitation und der qualifizierten Entgiftung und Entzug (OpenAI, 2024)

## **2 Die Dualdiagnose *Substanzabhängigkeit* und *posttraumatische Belastungsstörung***

In Kapitel 2 werden die wesentlichen Aspekte dieser Dualdiagnose beleuchtet, ehe ein Überblick über die Zielgruppe und die vielschichtigen Auswirkungen der Dualdiagnose vermittelt wird. Zunächst wird in Kapitel 2.1 eine theoretische Grundlage geschaffen, um die Bedeutung und die Tragweite des Begriffs zu klären. In weiteren Unterkapiteln wird die Zielgruppe anhand spezifischer Risikogruppen differenziert betrachtet. Anschliessend wird die gesellschaftliche Perspektive eingebunden und der Blick auf die individuellen Auswirkungen der Dualdiagnose gerichtet. Das Kapitel schliesst mit einer Zusammenfassung und einem Zwischenfazit, um die zentralen Erkenntnisse zusammenzufassen und eine Verbindung zu den nachfolgenden Kapiteln herzustellen (OpenAI, 2024).

### **2.1 Die Begrifflichkeit der Dualdiagnose**

Der Begriff der Dualdiagnose beschreibt das gleichzeitige Vorhandensein einer Substanzabhängigkeit und einer weiteren psychischen Erkrankung, die unabhängig von der Substanzabhängigkeit entstanden ist. Eine Dualdiagnose beschreibt nicht nur zwei existente Erkrankungen, sondern auch die Wechselwirkung dieser Erkrankungen. Diese Wechselwirkung wird auch Komorbidität genannt. Eine Komorbidität ist dadurch gekennzeichnet, dass beide Erkrankungen sich gegenseitig beeinflussen und in ihrer Behandlung spezifische Massnahmen erfordern (Ridinger-Johann & Walter, 2014, S. 4-6) (Open AI, 2024).

Bei einer Komorbidität tritt eine Erkrankung zusätzlich zur bestehenden Grunderkrankung auf. Generell müssen die beiden Erkrankungen nicht kausal voneinander abhängig sein (Pschyrembel, o. J.). Die Kombination von Substanzabhängigkeit und PTBS tritt sehr häufig auf (Augsburger & Maercker, 2020, S. 30). Per Definition der Dualdiagnose muss die

psychische Erkrankung bereits vor der Substanzabhängigkeit bestanden haben und präsent bleiben, wenn die Substanz abgesetzt wird. Verschwindet die psychische Erkrankung mit der Abstinenz, entspricht dies der Definition einer substanzinduzierten Störung (Moggi & Donati, 2004, S. 17). Die Reihenfolge der Erkrankungen ist demnach elementar für die Unterscheidung, ob es sich um eine Dualdiagnose oder eine substanzinduzierte Störung handelt.

Die Auslöser für eine PTBS sind traumatische Erlebnisse, welche auch als Traumata bezeichnet werden. Als Traumata werden belastende Ereignisse oder Extremsituationen verstanden, die das Leben der Betroffenen grundlegend erschüttern und oft langfristige psychische Folgen nach sich ziehen. Traumata können plötzlich auftreten, wie bei Naturkatastrophen, schweren Unfällen oder gewaltsamen Übergriffen, und hinterlassen oft tiefe Spuren, die sich im weiteren Leben der Betroffenen niederschlagen. Die ICD-10, die internationale Klassifikation der Krankheiten, beschreibt ein Trauma als Ereignis von katastrophalem Ausmass, das tiefe seelische Erschütterungen verursacht und zu Traumafolgestörungen wie der PTBS führen kann (BfArM, 2024, S. 180) (Open AI, 2024). Augsburg und Maercker (2020) weisen darauf hin, dass betroffene Patient\*innen aufgrund der teils unterschiedlichen Kriterien in der ICD-10 und im DSM-5 unterschiedliche Diagnosen erhalten könnten. Der geografische Raum spielt eine Rolle, welches Klassifikationsinstrument angewendet wird (S. 23). Das DSM-5, ein Mittel zur Klassifikation für psychische Erkrankungen, wird vor allem im amerikanischen Raum angewendet. In Europa wird für die Klassifikation psychischer Erkrankungen die ICD herangezogen. Diese Unterschiede haben auch auf Studien einen Einfluss (ebd.). Die Unterschiede beider Klassifikationssysteme sind in Tabelle 1 ersichtlich.

## Vergleich der Klassifikationssysteme bei PTBS

DSM-5	ICD-10
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatisches Ereignis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatisches Ereignis</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiedererleben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiedererleben</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dauernde negative Gefühle und Gedanken</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wird nicht aufgelistet</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Übererregung</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wahrnehmung einer latenten Bedrohung</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Symptome sind seit über einem Monat vorhanden</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Symptome sind seit mehreren Wochen vorhanden</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beeinträchtigung in der gewohnten Lebensführung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beeinträchtigung in der gewohnten Lebensführung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andere medizinische Ursachen sind ausgeschlossen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andere medizinische Ursachen sind ausgeschlossen</li> </ul>

Tabelle 1: Vergleich der Klassifikationssysteme bei PTBS (leicht modifiziert auf Basis von Augsburg und Maercker, 2020, S. 22)

PTBS stellt grundsätzlich eine körperliche und psychische Spätfolge auf ein traumatisches Ereignis dar. Sie äussert sich in wiederkehrenden, oft unkontrollierbaren Erinnerungen an das Trauma. Diese können im Wachzustand oder in Form von Alpträumen auftreten. Das Wiedererleben des Traumas führt zu einer starken Überreizung des vegetativen Nervensystems. Betroffene reagieren schreckhaft, leiden unter Schlafstörungen oder sozialem Rückzug und fühlen sich von ihrer Umgebung entfremdet. Häufig entwickeln sie Vermeidungsstrategien. Diese Vermeidungsstrategien werden genutzt, um Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wecken oder potenziell wecken könnten, aus dem Weg zu gehen. Solche Vermeidungsstrategien wirken sich auf das soziale und das berufliche Leben aus und können Gefühle der Isolation hervorrufen (BfArM, 2024, S. 180) (OpenAI, 2024).

Substanzabhängigkeit wird gemäss ICD-10 als Abhängigkeitssyndrom klassifiziert und umfasst das zwanghafte Verlangen nach einer Substanz und die gravierenden Auswirkungen auf die psychische, physische und soziale Gesundheit der Betroffenen. So kann eine Substanzabhängigkeit negative Folgen auf das persönliche Umfeld haben, da Beziehungen durch das Suchtverhalten stark belastet werden (BfArM, 2024, S. 166).

## Vergleich der Klassifikationssysteme beim Abhängigkeitssyndrom bzw. der Substanzkonsumstörung

DSM-5: Substanzkonsumstörung	ICD-10 Abhängigkeitssyndrom
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beeinträchtigte Kontrolle des Substanzkonsums</li> <li>• Person konsumiert länger oder mehr als beabsichtigt</li> <li>• Fortsetzung des Konsums trotz Wunsch nach Abstinenz</li> <li>• Person verbringt viel Zeit mit der Beschaffung der Substanz oder damit, sich von der Wirkung zu erholen</li> <li>• Intensives Verlangen nach der Substanz (Craving)</li> <li>• Konsum/Substanz hat mehr Priorität als Soziales und/oder Arbeit</li> <li>• Konsum wird fortgesetzt trotz wesentlichem Schaden an Körper und/oder Psyche (riskanter Konsum)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiederholter Substanzgebrauch</li> <li>• Starker Wunsch nach Substanz</li> <li>• Kontrollverlust beim Konsumieren von Substanzen</li> <li>• Substanzgebrauch wird mit übergeordneter Relevanz eingestuft</li> <li>• Entwicklung einer Toleranzerhöhung in der Menge und/oder Frequenz</li> <li>• Entzug der Substanz kann zu einem körperlichen Entzugssyndrom führen</li> </ul>

Tabelle 2: Vergleich der Klassifikationssysteme beim Abhängigkeitssyndrom bzw. der Substanzkonsumstörung (APA, 2018, S. 663; BfArM, 2024, S. 166)

Der Begriff der Dualdiagnose ist synonym zu verstehen mit den Begriffen der Doppeldiagnose und der Komorbidität. Die Definition der Dualdiagnose verlangt, dass eine Substanzabhängigkeit vorhanden ist und eine zusätzliche psychische Erkrankung vorliegt, die abgrenzbar ist von der Substanzabhängigkeit und nicht erst aus der Substanzabhängigkeit entstanden ist (Ridinger-Johann & Walter 2014, S. 4) (OpenAI, 2024).

## 2.2 Beschreibung der Zielgruppe: Menschen mit Substanzabhängigkeit und PTBS

Wie bereits in Kapitel 2.1 beschrieben, ist bei Menschen mit Dualdiagnose die PTBS die Primärdiagnose, während die Substanzabhängigkeit später im Laufe des Lebens komorbide auftritt (Augsburger & Maercker, 2020, S. 30). Das bedeutet, dass eines oder mehrere traumatische Ereignisse vorausgehen, die zur Entwicklung einer PTBS führen. Aus dieser PTBS entwickelt der sich anschliessend eine Substanzabhängigkeit. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, den Fokus dieses Kapitels auf Menschen zu richten, welche ein besonders hohes Risiko haben, an einer PTBS zu erkranken, und gleichzeitig die Perspektive der Substanzabhängigkeit einzubeziehen.

### 2.2.1 Folgen traumatischer Ereignisse

Wie bereits in Kapitel 2.1 erwähnt wurde, sind ein oder mehrere traumatische Ereignisse ursächlich für eine PTBS (BfArM, 2024, S. 180). Traumatische Ereignisse können in zwei Kategorien eingeteilt werden. Diese sind die *zufälligen Traumata* und die *man-made Traumata* (Maercker, 1997, zit. in Tagay et al., 2016, S. 35). Man-made Traumata bedeutet von Menschen gemachte, absichtlich zugeführte Traumata. Diese zwei Kategorien sind auf der nachfolgenden Darstellung ersichtlich. Die beiden Kategorien können je nach Schwere und Häufigkeit ein Typ I-Trauma oder ein Typ II-Trauma auslösen (Beushausen & Schäfer, 2021, S. 22). Unter die Typ I-Traumata fallen einmalige Ereignisse wie Verkehrsunfälle oder einmaliges Gewalterleben von kurzer Dauer. Bei den Typ II-Traumata sind die längerfristigen traumatischen Ereignisse verortet. Die man-made-Traumata sind mit systematischem Charakter gekennzeichnet (Jegodtka & Luitjens, 2016, S. 56). In diesem Kontext gilt zu beachten, dass nicht jedes Trauma zu einer PTBS führt (Augsburger & Maercker, 2020, S. 28).

		Einteilung nach Verursachung		
		Zufällige Traumata	Absichtliche „man-made“ Traumata	
Einteilung nach Erstreckung und Schwere	Typ I-Traumata	<ul style="list-style-type: none"> <li>• schwere Verkehrsunfälle</li> <li>• berufsbedingte Traumata (z. B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte)</li> <li>• kurzandauernde Katastrophen (z. B. Wirbelsturm, Brand)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sexuelle Übergriffe (z. B. Vergewaltigung)</li> <li>• kriminelle bzw. körperliche Gewalt</li> <li>• ziviles Gewalterleben (z. B. Banküberfall)</li> </ul>	
	Typ II-Traumata	<ul style="list-style-type: none"> <li>• langandauernde (Natur-) Katastrophen mit Folgen (z. B. Erdbeben, Tsunami, Überschwemmungen)</li> <li>• technische Katastrophen (z. B. Giftgasexplosion, Flugzeugabsturz)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wiederholter sexueller und körperlicher Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter</li> <li>• Kriegserleben, -gefangenschaft</li> <li>• Geiselhaft</li> <li>• mehrfache Folter, politische Inhaftierung (z. B. KZ-Haft)</li> </ul>	
Risiko für eine PTBS		gering	mittel	hoch

Abbildung 1: Traumatische Ereignisse und das Risiko einer PTBS (Tagay et al., 2016, S. 36)

Zu den häufigsten Traumata, die in der Bevölkerung auftreten, gehören *man-made Traumata* in Form von Missbrauch und Gewalt und ebenso extreme und lebensbedrohliche Ereignisse wie Krieg und Gefangenschaft. Unter Missbrauch und Gewalt fällt insbesondere Kindesmissbrauch, der sowohl emotionalen und körperlichen als auch sexuellen Missbrauch umfasst (Maercker et al., 2018; zit. in Augsburg & Maercker, 2020, S. 27). Sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter verursacht ebenfalls ein Trauma, das oft langanhaltende psychische und soziale Folgen hinterlässt. Bei etwa der Hälfte der Opfer von Vergewaltigung oder sexuellem Missbrauch entwickelt sich eine PTBS (Flatten et al., 2004; Friedmann et al., 2004; Teegen, 2003; zit. in Hausmann, C., 2006, S. 58).

Traumotyp (subjektiv schlimmstes Ereignis)	PTBS Angaben in %
Kindesmissbrauch (< 14.Lebensjahr)	11,1
Vergewaltigung	16,7
Kriegserfahrungen	6,3
Gefangenschaft/Entführung	20,0
Körperliche Gewalt	11,1
Schwere Unfälle	7,4
Zeuge eines traumatischen Ereignisses	3,4
Naturkatastrophen	7,1
Lebensbedrohliche Krankheit	8,0
Andere Traumata	11,1

Abbildung 2: PTBS-Prävalenz nach Traumotyp (Maercker et al., 2018; zit. in Augsburg & Maercker, 2020, S. 27)

Auch andere Gewaltverbrechen können zu einer PTBS führen; so entwickeln etwa 25 % der Opfer solcher Verbrechen traumatische Symptome (Flatten et al., 2004; Friedmann et al., 2004; Teegen, 2003; zit. in Hausmann, C., 2006, S. 58). Kriegserfahrungen, die nicht nur in Kriegsgebieten selbst auftreten, sondern auch durch Flucht und Vertreibung in sichere Länder nachwirken, stellen ebenfalls eine häufige Ursache für schwerwiegende Traumata dar, ebenso wie Gefangenschaft und Entführungen (Maercker et al., 2018; zit. in Augsburg & Maercker, 2020, S. 27).

Unfälle und Verkehrsunfälle mit Personenschaden gehören ebenfalls zu den häufigen Ursachen für Traumata. Etwa 20 % der Betroffenen entwickeln in der Folge eine PTBS. Hinzu kommen lebensbedrohliche Krankheiten, bei denen sich zwischen 10 % und 20 % der Patient\*innen traumatischen Belastungen ausgesetzt sehen (Flatten et al., 2004; Friedmann et al., 2004; Teegen, 2003; zit. in Hausmann, C., 2006, S. 58). Auch das Erleben als Zeug\*in eines traumatischen Ereignisses, zum Beispiel bei Unfällen oder Gewalttaten, kann zu langanhaltenden psychischen Belastungen führen (Maercker et al., 2018; zit. in Augsburg & Maercker, 2020, S. 27). Dabei sind etwa 5 % der Zeug\*innen solcher Vorfälle von einer PTBS betroffen (Flatten et al., 2004; Friedmann et al., 2004; Teegen, 2003; zit. in Hausmann, C., 2006, S. 58). Ebenfalls zu den gefährdeten Gruppen gehören Einsatzkräfte in Routinediensten wie Polizei, Feuerwehr und Rettungsdiensten, die oft mit belastenden Situationen konfrontiert sind. Studien zufolge entwickeln 8 % bis 20 % dieser Berufsgruppen eine PTBS (Flatten et al., 2004; Friedmann et al., 2004; Teegen, 2003; zit.

in Hausmann, C., 2006, S. 58). Menschen, die in Katastrophengebieten helfen, zeigen ebenfalls eine erhöhte Anfälligkeit für eine PTBS: Immerhin 9 % bis 17 % der Helfer\*innen sind betroffen, während die Opfer von Katastrophen selbst in etwa 3 bis 10 % der Fälle traumatische Belastungen entwickeln (ebd).

Trotz all der aufgelisteten Zahlen lässt sich nicht genau definieren, wie viele Menschen tatsächlich an einer PTBS leiden. Vor allem, wenn die traumatischen Ereignisse schon Jahre zurückliegen und die Symptome nicht eindeutig einer PTBS zugeschrieben werden können, fällt es den behandelnden Psychiater\*innen schwer, eine konkrete Diagnose zu stellen. Symptome wie Depressionen, Unruhe oder Angst können von psychiatrischem Fachpersonal fehlgedeutet werden. Auch seitens der Klient\*innen sind Schwierigkeiten zu verzeichnen, insbesondere dann, wenn die eigene Hilfsbedürftigkeit nicht anerkannt wird oder Scham und Angst zu gross sind, um professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Flatten, 2010; Flatten, 2011; zit. in Beushausen & Schäfer, 2021, S. 73).

Eine PTBS zeigt sich in den meisten Fällen innerhalb der ersten drei Monate nach einem traumatischen Ereignis. Die Schwierigkeit in der Diagnosestellung ist darauf zurückzuführen, dass es Jahre dauern kann, bis alle Merkmale einer PTBS manifestiert sind, da die Symptome zeitlich verzögert und in unterschiedlicher Ausprägung auftreten können (APA, 2018, S. 377). Es gibt aber auch das Phänomen, dass die traumatischen Bilder erst im Alter von der betroffenen Person als problematisch wahrgenommen werden (Heuft et al., 2006; zit. in Tagay et al., 2016, S. 53). Ein Blick auf die Risikogruppen für PTBS lohnt sich. Einige der häufigsten Gruppierungen werden im nachfolgenden Kapitel 2.2.2 beschrieben.

### **2.2.2 Menschen mit Flucht- und/oder Kriegserfahrung**

Menschen mit Flucht-, Kriegs- oder Gewalterfahrungen stellen laut Augsburgsberger und Maercker eine Risikogruppe dar, weil sie einer hohen Traumaexposition ausgesetzt sind (Augsburgsberger, M. & Maercker, A., 2020, S. 25). Allein der Prozess der Migration stellt eine Herausforderung dar, welche die betroffenen Personen überwinden müssen. Bei unfreiwilliger Migration und Flucht können Belastungen und Traumatisierungen umso häufiger auftreten (Laging, M., 2023, S. 98). Slutzki (2016) beschreibt, dass Migrant\*innen und Geflüchtete aller Altersstufen verschiedene Faktoren in ihrem Leben haben, die erheblichen Stress verursachen. Deshalb kann Substanzkonsum eine Strategie sein, um den Stress zu vermindern oder auszugleichen (S. 108–143). Laging (2023) merkt bezüglich eines Substanzkonsums als möglicher Stressbewältigungsstrategie an, dass der

Migrationshintergrund auch einen Schutzfaktor darstellen kann. Eine starke Verbindung zur Familie, enge Freundschaften und traditionelle sowie religiöse Werte können insbesondere bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund Resilienz- und Abstinenzfördernd sein. Besonders bei Frauen und jungen Menschen beeinflussen die Wertesysteme sowie patriarchale und paternalistische Haltungen innerhalb der Familie die Abstinenz. Es wird aber beobachtet, dass dieser schützende Effekt bei den Enkel\*innen der ersten Generation schwindet (S. 98). Ein Risikofaktor zeigt sich darüber hinaus darin, dass Menschen mit Migrationshintergrund hinsichtlich der Inanspruchnahme einer Suchtberatung aufgrund ihrer Wertesysteme und Haltungen häufig eine deutliche Zugangsbarriere haben (S. 104–105). Bei Menschen mit Fluchterfahrung wird in der Asylverfahrenspraxis gemäss einer Studie von Gäbel et al. (2006) von einer PTBS-Prävalenz von 40 % ausgegangen. Laut Kostrzewa (2016) kann psychosoziale Beratung die Entwicklung einer PTBS bei unbegleiteten minderjährigen geflüchteten Personen abfedern. Gerade die Zeit nach der Ankunft im Migrationsland ist entscheidend für die Verarbeitung des während der Flucht erlebten Traumas. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit kann auf dieses Thema nicht näher eingegangen werden.

Bei Kriegsveteran\*innen liegt die Prävalenz für eine PTBS gemäss aktuellen Metaanalysen weltweit bei 26,5 %. Diese Zahl legt nahe, dass weltweit über hundert Millionen erwachsene Kriegsüberlebende von PTBS betroffen sind (Hoppen et al., 2021, S. 1–12). Gemäss diverser älterer PTBS-Prävalenzstudien litten 50 bis 65 % der Menschen, die vom Holocaust betroffen waren, an einer PTBS. Bei Kriegsgefangenen des 2. Weltkriegs wurde gemäss Studien aus den USA eine PTBS-Prävalenzrate von 70 % errechnet (Hermann & Bäurle, 2010, S. 32).

### **2.2.3 Risikogruppe Frauen**

Eine Risikogruppe für eine PTBS sind gemäss Augsburg et al. (2020) Frauen, da sie doppelt so häufig mit PTBS diagnostiziert werden als Männer (S. 26). Obwohl Männer insgesamt häufiger traumatische Ereignisse in ihrem Leben erfahren als Frauen, sind die Prävalenzen für die Entwicklung einer PTBS bei Frauen doppelt so hoch (Tagay et al., 2016, S. 30–31). Eine oft genannte Erklärung für das erhöhte Risiko von Frauen, eine PTBS zu entwickeln, ist das häufigere Erleben sexueller Gewalt im Erwachsenenalter. Die *gender-based violence* (geschlechtsspezifische Gewalt) gilt als ein häufiges Argument für die Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Augsburger, M. & Maercker, A., 2020, S. 26). *Gender-based violence* umfasst insbesondere Gewalt gegen Frauen, die von

Stalking bis Vergewaltigung reicht (Maercker & Hecker, 2015, S. 1). Frauen, die in einer Beziehung sind, in welcher Gewalt vorkommt, haben tendenziell auch physische Gewalt in der Vergangenheit erlebt (Schauer, 2024, 25:14). Männer erleben traumatische Ereignisse vor allem durch Unfälle und andere zufällige Traumata (Tagay et al., 2016, S. 31). Diese zufälligen Traumata sind in Kapitel 2.2.1 beschrieben. Nachfolgend gibt die Abbildung 3 über die Häufigkeit von PTBS im Studienvergleich eine Übersicht über Geschlecht und Alter der Betroffenen.

Studie	Männer %	Frauen %	Gesamt %	Alter	Stichprobe N	DSM
Helzer et al., 1987	0.5	1.3	1.0	18+	2493	DSM-III
Davidson et al., 1991a	0.9	1.7	1.3	18-95	2985	DSM-III
Breslau et al., 1991	5.6	11.3	9.2	21-30	1200	DSM-III-R
Norris, 1992	-	-	5.1	18+	1000	DSM-III-R
Resnick et al., 1993	-	12.3	-	-	4008	DSM-III-R
Kessler et al., 1995	5.0	10.4	7.8	15-54	8098	DSM-III-R
Breslau et al., 1998	10.8	18.3	-	18-45	2181	DSM-IV
Perkonig et al., 2000	0.4	2.2	1.3	14-24	3021	DSM-IV
Creamer et al., 2001	1.3	1.6	1.3	18+	10641	DSM-IV
Rosenman, 2002	1.6	1.3	1.5	18+	10641	DSM-IV
Frans et al., 2005	3.6	7.4	5.6	18-70	1824	DSM-IV
Van Ameringen et al., 2008	-	-	9.2	18+	2991	DSM-IV
De Vries & Olff, 2009	-	-	7.8	18-80	1087	DSM-IV

Abbildung 3: Häufigkeit der PTBS im Studienvergleich über Geschlecht und Alter (Tagay et al., 2016, S. 52)

In Bezug auf die Inanspruchnahme einer Behandlung wurde festgestellt, dass Frauen mit einer Dualdiagnose doppelt bis dreifach so häufig eine Suchttherapie aufsuchen als Männer (Brown & Wolfe, 1994; Najavits et al., 1998; zit. in Najavits, 2019, S. 17). Wenn sexuelle Gewalt im Kindesalter aufgetreten ist, haben Männer und Frauen ein vergleichbar hohes Risiko für die Entwicklung einer PTBS (Augsburger & Maercker, 2020, S. 26).

## 2.2.4 Familiäre Vorbelastung

Familiäre Risiken sind insofern bekannt, als das Vorhandensein eines Familienmitglieds mit PTBS, das PTBS-Risiko der anderen Familienmitglieder erhöht (Augsburger & Maercker, 2020, S. 26–27). Auch bezüglich einer Substanzabhängigkeit beschreibt Klein (2018) Kinder von substanzabhängigen Eltern als grösste Risikogruppe (S. 31). Die Chance, als Kind von mindestens einem Elternteil mit Alkoholabhängigkeit selbst eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln, steht bei mehr als 33 % (Klein, Moesgen, Brönig & Thomasius, 2013; zit. in Klein, 2018, S. 31). Gewalterfahrungen aus der Kindheit spielen ebenfalls eine grosse Rolle, wenn es um die familiäre Vorbelastung geht. Kemmner et al. (2004) berichten von einer Prävalenzerhebung, die besagt dass 54,8 % der weiblichen und 47,7 % der männlichen alkoholabhängigen Klient\*innen mit Gewalterfahrungen aus ihrer Kindheit belastet sind. Davon haben 26% der Frauen und 15,2% schwere Gewalt und 32,3% der Frauen und 4,5% der Männer sexuelle Gewalt in der Kindheit erlebt (S. 124–129). Laut Klein (2018) gibt es weitere Stressoren und Verhaltensweisen, welche die spätere Alkoholabhängigkeit von Kindern fördern. Dazu zählt der Schweregrad der Substanzabhängigkeit der Eltern im Zusammenhang mit der Frage, wie früh und intensiv das Kind damit konfrontiert wurde. Eine Vernachlässigung der kindlichen Bedürfnisse durch die Eltern wird ebenso genannt wie zusätzliche Komorbiditäten der Eltern. Schwierige Umstände im finanziellen Bereich sind ebenfalls ein Stressor (S. 32). Ein hohes Risiko, an einer PTBS zu erkranken, haben Personen mit niedrigerem Bildungsstand und schwachem sozioökonomischem Status (Augsburger & Maercker, 2020, S. 26–27). Vom schwachen sozioökonomischen Status sind neben den Eltern auch die Kinder betroffen.

Im Hinblick auf den familiären Zusammenhang mit Traumata nennt Klein (2018) das Beispiel eines Kindes mit alkoholabhängigen Eltern. Aufgrund der Erkrankung können die Eltern ihrer Fürsorgepflicht nicht vollumfänglich nachkommen. Dadurch wird das Kind ungeschützt traumatischen Ereignissen ausgesetzt, welche unter adäquater elterlicher Aufsicht vermeidbar gewesen wären. Solche Traumata prägen das Kind negativ und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind selbst früh mit dem Konsum von Substanzen beginnt. Dies kann die psychische und die physische Gesundheit des Kindes langfristig beeinträchtigen (S. 32).

Damit die unter Kapitel 1.2 benannte Fragestellung, insbesondere die 1. Teilfrage, beantwortet werden kann, werden im nachfolgenden Kapitel 2.3 die gesellschaftlichen sowie persönlichen Herausforderungen von Menschen mit Dualdiagnose beleuchtet.

## 2.3 Gesellschaftliche Stigmatisierung der Zielgruppe und Selbststigmatisierung des Individuums

Menschen mit Substanzabhängigkeit und PTBS sind ein integraler Bestandteil der Schweizer Gesellschaft. Erfahrungsgemäss werden Menschen mit Substanzabhängigkeit häufig negativ von der Gesellschaft wahrgenommen aufgrund des verbreiteten Stereotyps der exzessiven Trinker\*innen. Gemäss Laging (2008) ist die Stigmatisierung des Rauschtrinkens und des Substanzkonsums ein neues Phänomen im Vergleich zur Menschheitsgeschichte der Antike, des Mittelalters und anderer Epochen (S. 223). Laging bezieht sich auf Spode (1993), welcher beschreibt, dass ein Wertewandel dazu geführt hat, dass sich rationales Denken und kontrolliertes Handeln in der Gesellschaft etabliert haben (S. 99–104). Erst im 16. Jahrhundert wurde übermässiger Alkoholkonsum problematisiert. Diese Problematisierung hat sich im Zusammenhang mit steigender Arbeitsmoral und Lebensführungsvorstellungen etabliert (Deimel & Hornig., 2024, S. 17).

Menschen mit Substanzabhängigkeit sind von einer Stigmatisierung durch die Gesellschaft direkt betroffen. Es werden Schuldzuweisungen ausgesprochen und Vorurteile gefällt (Bundesamt für Gesundheit, 2021, S. 2). Beispielsweise berichtet Frau S., eine Sozialarbeiterin einer ambulanten Suchtberatungsstelle (persönliche Mitteilung, 2024, 28. Oktober), dass Menschen mit Abhängigkeitssyndrom immer noch von der Gesellschaft stigmatisiert werden und Ausgrenzung von der gesellschaftlichen Teilhabe erfahren. Betroffene werden oft mit negativen Stereotypen konfrontiert, die sie als selbstverschuldet erkrankt oder unzuverlässig darstellen.

Die gesellschaftliche Stigmatisierung führt häufig zu Scham und Selbststigmatisierung. Diese Selbststigmatisierung kann dazu führen, dass sich betroffene Personen in ihrem Selbstwert verletzt fühlen, sich noch mehr zurückziehen aus der Gesellschaft und sich selbst als weniger wertvoll betrachten. Dieser Fakt spiegelt sich in einer aktuellen Studie wider (Addiction Suisse, 2021; zit. in Bundesamt für Gesundheit, 2021). Suchtbetroffene neigen 1,5- bis 2-mal stärker zur Selbstabwertung als der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (S. 2). Frau S. (persönliche Mitteilung, 2024, 28. Oktober) betont, dass Selbststigmatisierung bei vielen ihrer Klient\*innen ebenfalls grossen Schaden verursacht.

In Bezug auf weitere Aspekte gesellschaftlicher Herausforderungen von Menschen mit Dualdiagnose beschreibt Hausmann (2006) einen erschwerten Zugang zum Arbeitsmarkt

und erschwerte langfristige Möglichkeiten, einen Arbeitsplatz zu behalten, auch seitens Klient\*innen mit PTBS. Die Symptome einer PTBS wie Reizbarkeit oder Konzentrationsprobleme wirken sich potenziell ungünstig auf die Fähigkeiten der betroffenen Personen aus. Zudem haben sie potenziell Schwierigkeiten im Umgang mit neuen Belastungen, wie sie am Arbeitsplatz vorkommen (S. 69). So können am Arbeitsplatz Schwierigkeiten aufgrund von inkonstanter Leistung, vermehrten Krankheitsfällen oder Konflikten mit Mitarbeitenden auftreten, die zu Arbeitslosigkeit führen können (S. 68). Die Symptome einer PTBS werden in Kapitel 3.2 beleuchtet.

### 2.3.1 Psychosoziale Auswirkungen der Dualdiagnose auf das Individuum

Gemäss einer Studie von Addiction Suisse (Addiction Suisse, 2021; zit. in Bundesamt für Gesundheit, 2021), welche mit abhängigen Personen im ambulanten Setting durchgeführt wurde, sind die sozialen Auswirkungen auf das Individuum vielschichtig. Lediglich 2,2 % bis 8,7 % der betroffenen Personen haben eine eigene Wohnung. Sie leben auf der Strasse, in Notschlafstellen und immer häufiger in begleiteten Wohnsettings. Im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung der Schweiz, geht die Studie davon aus, dass 0,1 % der in der Schweiz lebenden Personen keine stabile Wohnung haben. Das Risiko für abhängigkeitskrankte Personen im Vergleich ist deutlich erhöht (S. 2). Im Hinblick auf Erwerb und Arbeitslosigkeit zeigt die Studie, dass ein Grossteil der befragten abhängigkeitskrankten Personen erwerbstätig ist. Nur bei den Personen mit Opioidabhängigkeit ist der Anteil der Sozialhilfebeziehenden höher als der Anteil der Erwerbstätigen, was Abbildung 5 aufzeigt (S. 1).

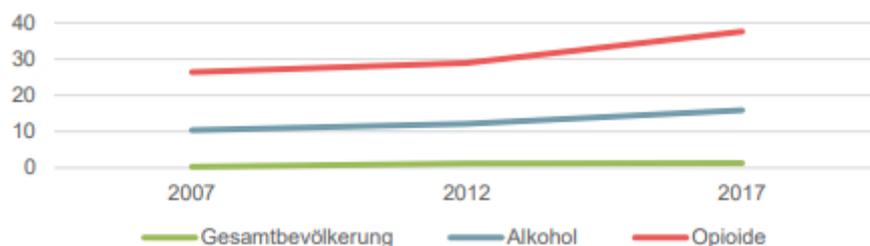
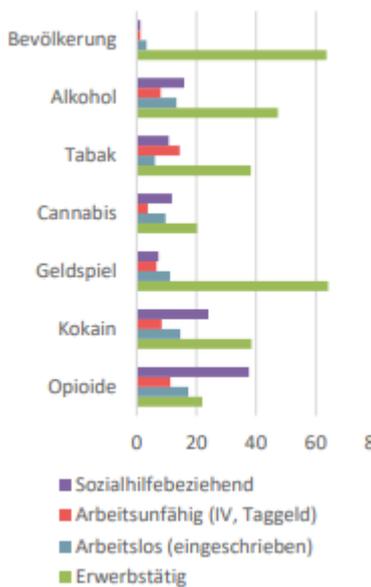


Abbildung 4: Trend der Sozialhilfebeziehenden in der Gesamtbevölkerung im Vergleich bei Personen mit Abhängigkeit von Alkohol und Opioiden, Anteile in % (Bundesamt für Gesundheit, 2021, S. 1)

Es liegt nahe, dass der Unterschied zwischen den alkohol- und opioidabhängigen Personen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung darin besteht, dass die Wirkung der genannten Substanzen sedierend wirkt. In einem sedierten, gedämpften Zustand ist der Nachgang

einer Arbeitstätigkeit beeinträchtigt. Weiter zeigt die Studie (Addiction Suisse, 2021; zit. in Bundesamt für Gesundheit, 2021), dass abhängigkeiterkrankte Personen häufiger Sozialhilfe und andere Leistungen des Sozialversicherungssystems beziehen (S. 1). Dies ist in der untenstehenden Abbildung ersichtlich.



Zur psychosozialen Gesundheit gibt die Studie an (Bundesamt für Gesundheit, 2021), dass die soziale Isolation, welche aufgrund der Substanzabhängigkeit entsteht, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich erhöht ist. Soziale Isolation bedeutet einen Mangel an persönlichen Kontakten innerhalb von Beziehungen, der Arbeit oder in der Nachbarschaft, um einige Beispiele zu nennen. Die Stigmatisierung von abhängigkeiterkrankten Personen in der Gesellschaft und ihrem Umfeld wird als weiterer Faktor beschrieben, welcher negative Folgen für die psychische Gesundheit hat (S. 2).

Abbildung 5: Anzahl und Status der Personen mit Substanzabhängigkeit verglichen mit der Gesamtbevölkerung im Jahr 2017 (Bundesamt für Gesundheit, 2021, S. 1)

## 2.4 Zusammenfassung, Zwischenfazit und Überleitung

In Kapitel 2 wird aufgezeigt, dass die Definition der Dualdiagnose chronologisch zuerst eine PTBS erfordert und später die Substanzabhängigkeit komorbide auftritt. Häufige Ursachen für eine Erkrankung an einer PTBS sind Gewalterfahrungen, Missbrauch, Krieg, Flucht oder Unfälle. Frauen sind besonders gefährdet, da sie häufiger Gewalt erfahren. Familiäre Vorbelastungen wie Eltern mit Substanzabhängigkeiten erhöhen das Risiko ebenfalls. Gesellschaftliche Stigmatisierung und Selbststigmatisierung erschweren den Zugang zu Hilfsangeboten und die gesellschaftliche Teilhabe für die betroffenen Personen. PTBS-Symptome wie Reizbarkeit und Konzentrationsprobleme wirken sich gleichermaßen negativ auf die Arbeitsfähigkeit und soziale Beziehungen aus wie die Begleitsymptome einer Substanzabhängigkeit (Open AI, 2024). Ebenfalls zu beachten ist, dass laut der Statistik nicht jedes Trauma zu einer PTBS führt. Im nachfolgenden Kapitel 3 werden die Ursachen für Substanzabhängigkeit bei einer PTBS näher betrachtet.

### 3 Ursachen für Substanzabhängigkeit bei PTBS

In Kapitel 3 werden die Ursachen von Substanzabhängigkeit bei Menschen mit PTBS beschrieben und die Wechselwirkungen zwischen Substanzabhängigkeit und PTBS aufgezeigt. Den Ausgangspunkt bildet das Trias-Modell, welches die multifaktoriellen Bedingungen einer Substanzabhängigkeit aufzeigt. Nachfolgend werden die Symptome einer PTBS erläutert und der *Circulus* <http://www.trauma-und-sucht.de/informationen-fuer-therapeuten/traumasensible-behandlung/>, das *Teufelskreismodell*, als Verstärkungsmuster aufgezeigt. Abschliessend wird die Selbstmedikationshypothese erklärt, welche als Erklärung für die Verbindung zwischen PTBS und Substanzgebrauch genutzt wird.

#### 3.1 Trias-Modell

Gemäss Laging (2023) wurde im Jahr 1973 erstmals das *Trias der Entstehungsursachen der Drogenabhängigkeit* von Kielholz und Ladewig vorgestellt. Dieses hatte zum Ziel, Risiko- und Schutzfaktoren im Leben eines Menschen, die zu einer Substanzabhängigkeit führen oder einen Menschen vor Substanzabhängigkeit schützen, in die drei Kategorien *Droge*, *Person* und *Soziales Milieu* einzuordnen. Das Modell von Kielholz und Ladewig wird bis heute in der Praxis herangezogen und in Forschungsarbeiten kontinuierlich mit weiteren Risiko- und Schutzfaktoren erweitert. Es herrscht heute Einigkeit darüber, dass die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit ein multifaktorielles Ereignis ist (S. 25). Ein multifaktorielles Ereignis bedeutet im Kontext von Substanzabhängigkeit, dass eine Substanzabhängigkeit nicht auf eine einzelne Ursache in der Biografie eines Menschen zurückzuführen ist, sondern auf diverse Faktoren in verschiedenen Lebensbereichen.



Abbildung 6: Trias der Suchtentwicklung (Laging, M., 2023, S. 26)

Bei der Bildung einer substanzgebundenen Abhängigkeit wirken in der Regel drei verschiedene Faktoren in unterschiedlichem Umfang zusammen. Körperliche (genetische) Voraussetzungen, biologische Veranlagung und Persönlichkeitseigenschaften werden dem Faktor *Person* zugeordnet. Soziokulturelle Einflüsse wie das Konsumverhalten, die Einstellungen zum Substanzkonsum, die Schichtzugehörigkeit, die allgemeinen Lebensbedingungen, die Familienstruktur, die Suchtpolitik usw. werden unter dem Faktor *Soziales Milieu* zusammengefasst. Die Wirkungsweise der Substanz, die Art und Dauer der Einnahme sowie die Dosishöhe werden unter dem Faktor *Droge* gruppiert (Kielholz, & Ladewig, 1973, S. 23–36). Traumatische Erfahrungen und eine PTBS sind demnach im persönlichen Bereich des Trias-Modells zu verorten. Je nach Traumatypus wäre auch das soziale Milieu ein Risikofaktor für die Entstehung einer Komorbidität.

### 3.2 Symptome einer PTBS

Laut Stadler (2013) umfasst das Krankheitsbild einer PTBS eine Vielzahl spezifischer Symptome, die auf traumatische Erlebnisse zurückzuführen sind und das Leben der Betroffenen erheblich beeinträchtigen können (S. 75).

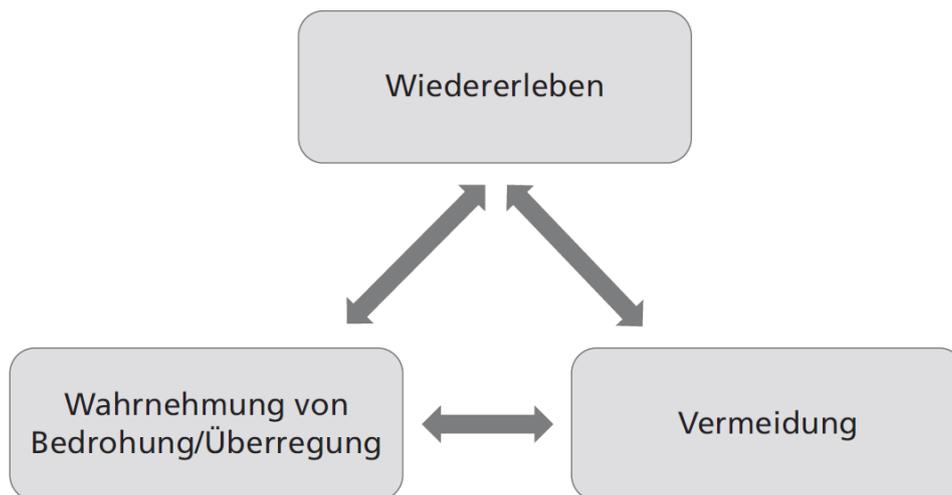


Abbildung 7: Die drei Symptomgruppen einer PTBS (Augsburger & Maercker, 2020, S. 15)

### 3.2.1 Intrusionen

Zu den häufigen Symptomen gehören sogenannte Intrusionen, also das Wiedererleben der traumatischen Ereignisse in Form von *Flashbacks*, bei denen die Betroffenen die traumatischen Erlebnisse so real empfinden, als würden sie erneut geschehen (Stadler, 2013, S. 75). Diese Flashbacks treten oft unvermittelt auf und können durch bestimmte Auslöser, sogenannte *Trigger*, hervorgerufen werden (Pschyrembel, o. J.). Intrusionen belasten die betroffenen Personen schwer und zeigen sich oftmals äusserlich sichtbar anhand körperlicher Symptome wie zitternder Hände und Körper, Herzrasen oder einer veränderten, schnellen Atmung (Tagay et al., 2016, S. 44).

### 3.2.2 Hyperarousal

Ein weiteres typisches Symptom ist das Hyperarousal (Stadler, 2013, S. 75). Ein Hyperarousal beschreibt eine gesteigerte Schreckhaftigkeit und eine erhöhte Alarmbereitschaft und die Tendenz, auf Reize übermässig zu reagieren (Pschyrembel, o. J.). Diese ständige Alarmbereitschaft führt oft zu Schlafstörungen. Schlafstörungen zeigen sich in Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen. Das Hyperarousal reizt das autonome Nervensystem und schürt die Ängste der betroffenen Personen. Das Erleben ist ähnlich, als wenn das traumatische Erlebnis gerade stattfinden würde (Tagay et al., 2016, S. 44–55).

### 3.2.3 Vermeidungsverhalten

Häufig zeigt sich bei Menschen mit einer PTBS ein starkes Vermeidungsverhalten (Stadler, 2013, S. 75). Um das Wiedererleben der traumatischen Ereignisse und das damit verbundene Leid zu minimieren, vermeiden die Betroffenen bestimmte Orte, Gedanken, Personen oder Situationen, die sie an das Trauma erinnern könnten. Die bestimmten Orte, Gedanken, Personen und Situationen, die an das Trauma erinnern, werden als aversive Reize bezeichnet (Arkowitz, 2010, S. 59). Die Vermeidung aversiver Reize führt häufig zu sozialem Rückzug, da alltägliche Situationen und Begegnungen schnell als zu belastend empfunden werden (Tagay et al., 2016, S. 44).

### 3.2.4 Weitere Symptome

Weitere typische Erscheinungen sind Erinnerungslücken, die als psychische Abwehrreaktion auftreten, um belastende Erinnerungen zu verdrängen. Auch emotionale Taubheit und eine allgemeine Unfähigkeit, Freude oder Interesse zu empfinden, prägen häufig das Leben der Betroffenen. In schweren Fällen können dissoziative Symptome wie Lähmungen oder Depersonalisationen – ein Gefühl, nicht mehr im eigenen Körper zu sein – und apathische Zustände auftreten, bei denen die Betroffenen wie gelähmt wirken und kaum auf äussere Reize reagieren. Diese Zustände gehen oft mit extremer Müdigkeit und einem generellen Gefühl der Kraftlosigkeit einher, was den Alltag der Betroffenen erheblich einschränkt (Stadler, 2013, S. 75).

Herausforderungen bei der Behandlung bestehen darin, dass Klient\*innen mit Dualdiagnose weder in einer suchtspezifischen noch in einer psychiatrischen Institution adäquat behandelt werden können. Es folgen Therapieabbrüche und vermehrte Rückfälle (Kaphammer, 2022, S. 1). Es kommt dementsprechend häufig vor, dass Klient\*innen mit Dualdiagnose während der Therapien verstärkt mit Überforderung oder Frustration reagieren und diese darum eher abbrechen.

## 3.3 Das Phänomen des Circulus vitiosus

Gemäss Frau S. (persönliche Mitteilung, 2024, 28. Oktober) ist eine häufige Ursache für den Substanzkonsum bei PTBS-Klient\*innen der sogenannte Circulus vitiosus, der umgangssprachlich Teufelskreis genannt wird. Die Definition eines Circulus vitiosus im medizinischen Sinne ist das Phänomen, dass zwei Krankheitsbilder in einer Person vorhanden

sind, die sich gegenseitig negativ beeinflussen. Zudem verstärken sich die Symptome von Krankheitsbild 1, sobald Krankheitsbild 2 behandelt wird, und umgekehrt (Pschyrembel, o. J.). Der Circulus vitiosus findet demnach bei Klient\*innen mit Dualdiagnose statt, hier am Beispiel von Substanzabhängigkeit und PTBS. Als Beispiel aus der Praxis beschreibt Frau S. (persönliche Mitteilung, 2024, 28. Oktober) das Phänomen wie folgt:

#### Beispiel Circulus vitosus

Ein Klient trinkt Alkohol, um die aversiven Reize zu betäuben, die er verspürt. Der Klient fühlt sich entspannter durch den Alkohol und kann die Situation aushalten. Alkohol kann in der Folge destabilisierend wirken. Alkohol schwächt nachweislich den Körper und die Psyche. Eine geschwächte Psyche führt in der Regel zu mehr PTBS-Symptomen. Und so trinkt der Klient umso mehr und häufiger, um die stärker werdenden PTBS-Symptome zu betäuben.

Dieses Beispiel zeigt die Wechselwirkung der Substanzabhängigkeit mit der PTBS auf. Der Substanzkonsum hat Einfluss auf die Emotionen der betroffenen Personen. Es kann dazu kommen, dass sich Betroffene schlechter fühlen als vor dem Konsum (Beushausen & Schäfer, 2021, S. 193). Veranschaulicht wird das Phänomen des Circulus vitiosus anhand des nachfolgenden Bilds.

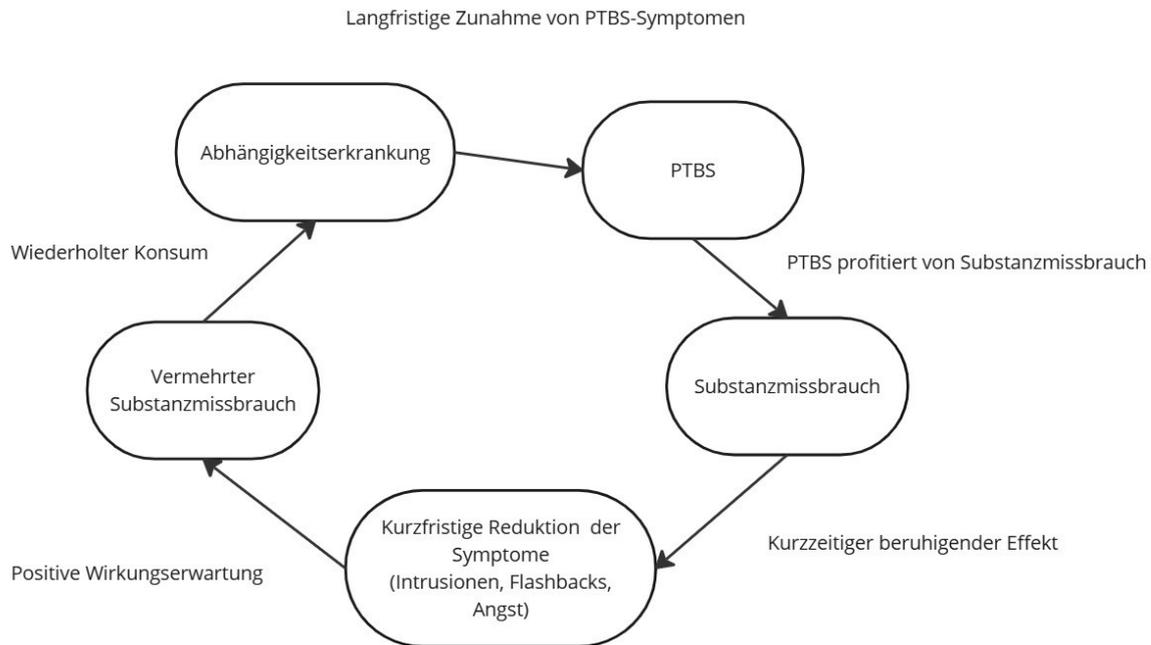


Abbildung 8: Teufelskreismodell (leicht modifiziert nach Lüdecke et al., 2010, S. 28)

Das Phänomen des Circulus Vitiosus ist eng verwoben mit der Selbstmedikationshypothese, welche dasselbe Wirkprinzip aufweist. Die Selbstmedikationshypothese wird in Kapitel 3.4 beschrieben.

### 3.4 Die Selbstmedikationshypothese

Die Selbstmedikationshypothese dient gemäss Maercker und Hecker (2015) als häufige Erklärung für das doppelte bis vierfache Risiko für eine komorbide Substanzabhängigkeit bei einer PTBS (S. 29). Die Selbstmedikationshypothese wurde durch zahlreiche Studien untersucht und konnte belegt werden (Coffey, S. et al., 2006, zit. in.; Maercker & Hecker, 2015, S. 29). Sie wurde gemäss Lüdecke et al. (2010) bereits im Jahr 1985 von Edward Khantzian erstmals entwickelt und beschreibt die Annahme, dass Klient\*innen psychoaktive Substanzen verwenden, um die Symptome einer PTBS zu vermindern oder zu regulieren. Die Hypothese der Selbstmedikation stellt seither die Basis für Erklärungsmodelle bei komorbiden Erkrankungen dar. Psychische Erkrankungen und Substanzabhängigkeiten beeinflussen sich gegenseitig und können sich gegenseitig erhalten und verstärken (S. 19). Die betroffenen Personen versuchen, mithilfe von Substanzen Angst- und Stresssymptome zu unterdrücken, um sich kurzfristig emotionale Erleichterung zu verschaffen.

Die Substanzzufuhr als Selbstmedikation führt langfristig zu einer Substanzabhängigkeit (Ridinger-Johann & Walter, 2014, S. 5–6).

Selbstmedikation versteht sich dabei als Coping-Strategie, um die eigenen Emotionen zu regulieren, indem das neurologische Belohnungssystem mit einer erhöhten Dopamin-Ausschüttung beeinflusst wird (Kapfhammer, 2022, S. 5–6). Durch den Konsum von Suchtmitteln können Reaktionen auf Trigger beeinflusst werden. Es werden somit durch den Gebrauch von Suchtmitteln bewusst Reize vermieden, die Erinnerungen an traumatische Erlebnisse auslösen. Psychoaktive Substanzen können vorübergehend *Flashbacks* von schlimmen Erlebnissen reduzieren und kurzfristig helfen, um eigene Vermeidungsstrategien zu umgehen (Lüdecke et al., 2010, S. 19).

#### Beispiel Selbstmedikation

Für eine Klientin, die bei einer öffentlichen Grossveranstaltung ein traumatisches Gewalterlebnis erfahren hat, kann es eine Vermeidungsstrategie sein, nicht an Orte zu gehen, wo Menschenmengen zu erwarten sind. Demnach verzichtet die Klientin darauf, Orte wie Einkaufszentren, Konzerte oder öffentliche Veranstaltungen zu besuchen. Es sei denn, sie trinkt zuvor ein bis zwei Gläser Alkohol und hält durch regelmässige Einnahme von Alkohol einen gewissen Alkoholpegel.

Die Selbstmedikationshypothese wurde in zahlreichen Studien belegt (Schäfer, 2018, S. 20). Laut Feselmayer und Andorfer (2009) können jedoch trotz ihrer Plausibilität Erklärungsmodelle für den wechselseitigen Zusammenhang nicht ausschliesslich mit der Selbstmedikationshypothese begründet werden. Es ist schwierig, eindeutige Verbindungen zu belegen, da die Feststellung einer PTBS bei Suchterkrankungen in der Regel um Jahre später erfolgt. Die Einnahme eines Suchtmittels verhindert, dass typische Symptome wie ein Hyperarousal auftreten, oder dieses wird als Entzugerscheinung falsch interpretiert. Daher wird eine eindeutige PTBS-Diagnose in vielen Fällen erst während einer spezialisierten Entwöhnungstherapie gestellt (S. 18). In Bezug auf PTBS und Substanzabhängigkeit ist bekannt, dass der herausforderndste Gesichtspunkt einer PTBS der Kontrollverlust ist. Die Substanzen wiederum fördern diese Kontrollverluste nicht nur während eines Rauschzustands, sondern auch, weil die Substanz die Kontrolle über die abhängigkeits-erkrankte Person übernimmt (Beushausen & Schäfer, 2021, S. 193).

### **3.5 Zusammenfassung, Zwischenfazit und Überleitung**

Kapitel 3 zeigt die Vielfältigkeit der Entstehung und der Entwicklung von Substanzabhängigkeiten im Zusammenhang mit einer PTBS auf. Das Trias-Modell verdeutlicht, dass verschiedene Faktoren wie die Persönlichkeit, die soziale Umgebung und die Substanz selbst entscheidend sind und sich gegenseitig beeinflussen können. Komorbidität ist ein Phänomen, das häufig bei einer PTBS und Substanzabhängigkeit auftritt. Die Selbstmedikationshypothese verdeutlicht, dass betroffene Personen Substanzen nutzen, um stressbezogene Belastungen zu bewältigen, was jedoch langfristig zu einer Verstärkung der Substanzabhängigkeit führt. Eine ganzheitliche Betrachtung der individuellen Lebensumstände der betroffenen Klient\*innen ist daher unabdingbar, um adäquate therapeutische Ansätze für Menschen mit Dualdiagnosen zu entwickeln und Rückfällen vorzubeugen (Open AI, 2024). In Kapitel 4 geht es um die Rolle der Sozialarbeit in der Arbeit mit Menschen mit einer Dualdiagnose.

## **4 Die Rolle der Sozialarbeit in Bezug auf Menschen mit Dualdiagnose**

Die Unterstützung von Menschen mit einer Dualdiagnose stellt eine besondere Herausforderung im Versorgungssystem dar (Kapfhammer, 2022, S. 12). In Kapitel 4 wird die Rolle der Sozialarbeitenden im Versorgungssystem erörtert, ehe die spezifischen Aufgaben und Handlungsfelder beleuchtet werden. Dabei erachtet die Autorin der vorliegenden Arbeit die Aspekte der psychosozialen Beratung, der sozialen Diagnostik, der institutionellen Vernetzungsarbeit und der interprofessionellen Zusammenarbeit als besonders relevant für die Arbeit mit der genannten Zielgruppe (Open AI, 2024).

### **4.1 Sozialarbeitende mit häufigem Kontakt zur Zielgruppe**

Gemäss Kapfhammer (2022) haben Menschen mit einer Dualdiagnose generell eine schlechtere Prognose betreffend der Suchtstabilisierung. Betroffene der Dualdiagnose brechen häufiger ihre Therapien ab als Menschen ohne zusätzliche Erkrankung. Zudem haben Menschen mit einer Dualdiagnose häufigere und längere Hospitalisationen in stationären Bereichen und in gesetzlichen Massnahmen (S. 12). Angesichts dieser Aufzählungen werden in der vorliegenden Arbeit Schnittstellen der Zielgruppe mit Fachpersonen der Sozialarbeit in untenstehenden Berufsfeldern abgeleitet: Sozialdienst im Spital und in der

Psychiatrie, Sozialarbeitende im Erwachsenenschutz und im Kinderschutz, Beistandspersonen, Sozialarbeitende in der Opferhilfe sowie Sozialarbeitende im Massnahmenvollzug, im Asylwesen oder in der Sozialhilfe. Wie bereits in Kapitel 1.1 und 1.3 erwähnt, besteht die Vermutung der Autorin, dass in jedem Bereich der Sozialarbeit Personen der Zielgruppe anzutreffen sind.

## 4.2 Handlungsfelder der Sozialarbeit in der Suchtberatung

Gemäss Laging (2023) gibt es diverse Handlungsfelder der professionellen Suchthilfe. Diese umfassen die Selbsthilfe, die Soziale Rehabilitation, die ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation, die Entgiftung und den qualifizierten Entzug. Suchtberatungs- und Behandlungsstellen werden ebenso aufgezählt wie Niederschwellige Angebote für Klient\*innen (S. 188). Es liegt nahe, dass die Sozialarbeit in jedem der Bereiche einen Teil der professionellen Beratung ausmachen kann. Weil die Vertiefung aller aufgeführten Bereiche den Rahmen dieser Bachelor-Arbeit überschreiten würde, werden nur die Suchtberatung und die Hilfe zur Selbsthilfe beleuchtet.

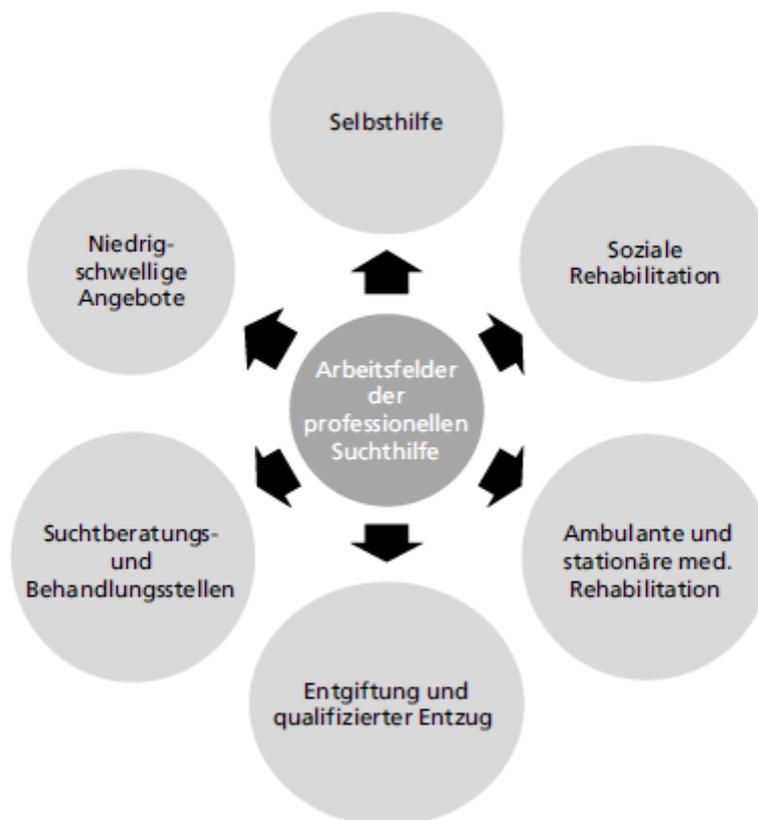


Abbildung 9: Arbeitsfelder der professionellen Suchthilfe (Laging, 2023, S. 188)

### **4.2.1 Sozialarbeit und Substanzabhängigkeiten**

Deimel und Hornig (2024) heben hervor, dass die Rolle der Sozialarbeit von hoher Bedeutung in der Suchthilfe ist. Sie stellt die grösste Berufsgruppe innerhalb des Bereichs der Suchthilfe dar. Sozialarbeit findet in der Gesundheitsprävention statt, in der Suchtberatung und -therapie sowie im Wohn- und Obdachlosenkontext, um nur einige Bereiche zu nennen (S. 16). Berthel (2020) beschreibt einen Paradigmenwechsel innerhalb der Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Personen. Frühere Abstinenzforderungen der Gesellschaft wurden abgelöst durch Konzepte der Schadenminderung, dem kontrollierten Konsum, Zieloffenheit und der Selbstbefähigung (S. 12). Abderhalden et al. (2024) beschreiben, dass die selbstbestimmte Lebensführung der Klient\*innen heute von höchster Relevanz ist. Diese steht mehr im Fokus als Substanzbezogene Themen (S. 38).

## **4.3 Auftrag der Sozialarbeit auf Basis des Berufskodex**

Weil der Berufskodex auf die gesamte Soziale Arbeit bezogen ist, wird in diesem Kapitel zuerst in Bezug auf die Soziale Arbeit im Allgemeinen ausgeführt. Anschliessend wird auf die Sozialarbeit und dann auf die Sozialarbeit in der ambulanten Suchtberatung eingegangen.

### **4.3.1 Soziale Arbeit**

Die Handlungsprinzipien der Sozialen Arbeit (AvenirSocial, 2010) legen mit ihren Handlungsmaximen den allgemeinen Auftrag der Profession fest. Diese umfassen Prinzipien in Bezug auf die eigene Person, die Arbeit mit Klient\*innen, die Organisationen des Sozialwesens, die Gesellschaft und die Profession der Sozialen Arbeit selbst. Besonders bedeutsam ist dabei die Rolle der Sozialen Arbeit als Vermittlerin zwischen Individuum und Gesellschaft (S. 12–15) (OpenAI, 2024). Laut Sommerfeld et al. (2016) besteht der Auftrag der Sozialen Arbeit darin, soziale Probleme zu bearbeiten, die aufgrund der Anforderungen der modernen Gesellschaft entstanden sind. Soziale Arbeit richtet sich an Menschen und Gruppen, die Schwierigkeiten haben, unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen zu bestehen, und denen eine umfassende Teilhabe verwehrt wird. Gleichzeitig arbeitet die Soziale Arbeit an der Umsetzung einer gelingenden Integration, die mit der gesellschaftlichen Norm verknüpft ist (S. 71).

### 4.3.2 Sozialarbeit

Laging (2008) hebt hervor, dass Sozialarbeitende die Rolle innehaben, gesellschaftliche Normen kritisch zu hinterfragen und deren Einfluss auf Konzepte wie Gesundheit und Krankheit zu verstehen. Die spezifische Aufgabe der Sozialarbeit besteht darin, Stigmatisierung und Ausgrenzung der Betroffenen entgegenzuwirken (OpenAI, 2024). Dies schafft Sozialarbeit mithilfe aktiver Aufklärung und Einbringung ihrer Perspektive gegenüber der Gesellschaft und ihren Individuen (S. 224). Weiter erkennt die Sozialarbeit komplexe Zusammenhänge zwischen Individuen und Gesellschaft und ist in der Lage, Ziele und Massnahmen auszuarbeiten. Diese Massnahmen ermöglichen Klient\*innen, Kontrolle über die eigene Lebensführung zu erlangen. Die Sozialarbeit ist darauf spezialisiert, Ressourcen zu erkennen und zu erschliessen, die sich positiv auf die Situation der Klient\*innen auswirken (Kaufmann, 2021, S. 83).

### 4.3.3 Sozialarbeit in der ambulanten Suchtberatung

Es folgt ein Zitat von Abderhalden et al. (2024), welches die Ziele der ambulanten Suchtberatung auf eine treffende Art und Weise beschreibt:

«Sozialarbeitende in der ambulanten Suchtberatung unterstützen suchtbelastete Menschen und ihnen Nahestehende mit einer akzeptierenden Haltung. Die Soziale Arbeit arbeitet möglichst niederschwellig und unterstützt auf unbürokratische Weise. Ziel ist eine gelingende(re) Lebensführung und (Re-)Integration in die Gesellschaft (z. B. Arbeitsplatz, Freundeskreis, Wohnsituation). Im Fokus stehen die Ermöglichung und Förderung sozialer Erfahrungen und sozialer Zugehörigkeit, welche die Selbstwirksamkeit beziehungsweise die Coping- und Recovery-Prozesse der Klient:innen [sic!] stärken (...). Nebst der Bearbeitung eines risikoreichen Konsums oder einer Sucht steht auch die Reduktion von suchtbedingten Begleit- und Folgeproblemen im Zentrum» (S. 30).

Auf die im Zitat erwähnte akzeptierende Haltung wird in Kapitel 5.2.2 Motivierende Gesprächsführung genauer eingegangen.

## 4.4 Psychosoziale Beratung aus dem Blickwinkel der Sozialarbeit

Warschburger (2009) definiert professionelle psychosoziale Beratung wie folgt: «Die Professionalität der Beratung ergibt sich aber nicht nur aus der klaren Trennung zwischen verschiedenen Funktionen, sondern im Wesentlichen aus der fachlichen Expertise (...)» (S. 12). Mit dem Begriff *Funktionen* ist gemeint, dass die Berater\*in keine weiteren Rollen gegenüber den Klient\*innen einnimmt als die der Berater\*in (ebd.). Warschburger (2009) betont, dass das Fachwissen im Umgang mit der Zielgruppe entscheidend ist für eine adäquate Beratung (ebd.). Wie bezüglich der Motivation der vorliegenden Arbeit in Kapitel 1.1 beschrieben wurde, grenzt sich die Sozialarbeit generell von der Psychologie und der Psychotherapie ab. Das aktuelle Kapitel befasst sich mit der Frage, wie psychosoziale Beratung aus dem Blickwinkel der Sozialarbeit zu definieren ist.

### 4.4.1 Unterscheidung: Psychosoziale Beratung und Therapie

Laut Warschburger (2009) liegt der Schwerpunkt einer psychosozialen Beratung darin, Menschen in herausfordernden Lebenssituationen zu unterstützen. Sozialarbeitende leisten Hilfe bei der Stabilisierung der Lebenssituation durch fachliche Information, Ressourcenvermittlung und emotionale Unterstützung. Psychosoziale Beratung hat das Ziel, die Selbsthilfeprozesse der Klient\*innen zu fördern, und unterstützt das Finden und die Aktivierung von Ressourcen, während Psychotherapie sich kurativer Ansätze bedient und auf die Heilung von psychischen Erkrankungen fokussiert ist (S. 24–27). Es gibt Sozialarbeitende mit einer therapeutischen Zusatzausbildung, welche neben der sozialarbeiterischen Tätigkeit auch therapeutische Ziele verfolgen können (Beushausen, 2014, S. 6) (Open AI, 2024).

Frau S. (persönliche Mitteilung, 2024, 28. Oktober) erklärt die Aufgabe der Sozialarbeitenden in der Suchtberatung so, dass diese unter anderem an der Stabilität der Klient\*innen arbeiten. Bei Klient\*innen mit einer Dualdiagnose ist es laut Frau S. (ebd.) entscheidend, an der Stabilität der psychischen Verfassung der Klient\*innen zu arbeiten, weil Stabilität die Grundvoraussetzung für eine Traumabehandlung ist. Anders verhält es sich, wenn eine Traumatherapie bereits erfolgt ist und Klient\*innen zur Stabilisierung der Substanzabhängigkeit eine Suchtberatung aufsuchen.

Hausmann (2006) benennt die psychosoziale Beratung durch Sozialarbeitende als Bestandteil der spezifischen, professionellen Hilfe bei traumatischen Ereignissen (S. 22). Dies bedeutet gemäss dem Verständnis der Autorin der vorliegenden Arbeit, dass psychosoziale Beratung durch Sozialarbeitende auch bei akuten traumatischen Ereignissen Abhilfe verschaffen kann, nicht zuletzt wegen der sozialen Diagnostik, welche Sozialarbeitende nutzen. Das Thema der sozialen Diagnostik wird in Kapitel 4.4.2 behandelt.

#### **4.4.2 Soziale Diagnostik**

Soziale Diagnostik ist ein wesentlicher Bestandteil der psychosozialen Beratung. Sie dient zur Erfassung komplexer Lebenssituationen, individueller Belastungen und psychosozialer Bedürfnisse von Klient\*innen und unterstützt damit eine gezielte Planung von Massnahmen und weiteren Beratungsschritten. Eine genaue Sozialdiagnose ist besonders bedeutsam, wenn es um mehrere Problemlagen geht, wie sie bei Personen mit Dualdiagnosen auftreten. Allerdings ist die soziale Diagnostik im Gegensatz zur medizinischen Diagnostik nicht nur darauf ausgerichtet, Symptome oder Befunde zu erfassen. Stattdessen steht der Mensch im Zentrum seiner umfassenden Lebenswelt. Soziale Diagnostik untersucht die Interaktion zwischen individuellen, sozialen, psychischen und gesellschaftlichen Faktoren, die sich auf die Erfahrungen und die Handlungen der Klient\*innen auswirkt (Open AI, 2024). Abderhalden et al. (2024) beschreiben soziale Diagnostik als Fallverstehen. Dieses Fallverstehen grenzt sich von medizinischen und psychologischen Diagnostikinstrumenten wie der ICD und dem DSM ab (S. 40). Soziale Diagnostik bietet einen Überblick über die ganzheitliche Lebenssituation von Klient\*innen und macht somit verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren sichtbar, abseits von psychiatrischen und medizinischen Diagnosen (S. 250). Soziale Diagnostik ist laut Schecke (2024) für die Analyse des Klient\*innenfalls und für die Planung von Massnahmen und weiteren Beratungsschritten unabdinglich. Finanzierungsfragen können somit eröffnet und die Abklärung medizinischer und sozialer Leistungen kann gestartet werden (S. 254).

Augsburger (2020) betont, dass vorrangig geklärt werden muss, ob eine PTBS die primäre Erkrankung ist oder sich sekundär entwickelt hat. Dies lässt sich meist anhand des traumatischen Ereignisses und des zeitlichen Beginns der Symptome einordnen (S. 30). Eine soziale Diagnostik von Klient\*innen umfasst laut Hansjürgens (2020) diverse Themen wie die Familiengeschichte, die persönliche Entwicklung, die aktuelle Wohnsituation und die ärztliche Versorgung, eventuelle vorhergegangene Therapien, Wünsche der betroffenen Personen, die Motivation für und den Widerstand gegen Suchtbehandlungen sowie die

Einbindung des sozialen Umfelds (S. 219–220). Auf diese Weise kann in der sozialen Diagnostik festgestellt werden, zu welchem Zeitpunkt welche traumatischen Ereignisse aufgetreten sind und wo die Substanzabhängigkeit begonnen hat. Auf zwei Instrumente der sozialen Diagnostik wird im nächsten Kapitel 4.4.3 eingegangen.

### **4.4.3 Instrumente der sozialen Diagnostik**

Pantuček-Eisenbacher (2019) beschreibt verschiedene Methoden für die soziale Diagnostik von Klient\*innen wie die Netzwerkkarte (S. 188–217), das Ecogramm (S. 218–222) und das Genogramm (S. 166–167). Es gibt diverse Diagnostikmodelle in der Sozialarbeit, auf die im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht näher eingegangen werden kann. Die Autorin stellt zwei verschiedene Diagnosemodelle vor, welche erfahrungsgemäss in der psychosozialen Sozialarbeit angewendet werden. Aus Platzgründen wird in der vorliegenden Arbeit nur eine kurze Erläuterung der Diagnosemodellen vorgenommen und auf eine ausführliche Erklärung verzichtet.

#### **Lebensführungssystem**

Das Lebensführungssystem ist ein Modell, welches alle sozialen und gesellschaftlichen Beziehungen und Lebensbereiche eines Individuums abbildet (Sommerfeld, 2020, S. 291). Laut Frau S. (persönliches Gespräch, 2024, 28. Oktober) wird das Lebensführungsmodell in der ambulanten Suchtberatung häufig zur sozialen Diagnostik herangezogen. Gemäss Sommerfeld (2020) bildet das Modell eine Grundlage zur Erfassung von psychosozialen Problemlagen, an denen die Sozialarbeit ansetzen kann. Sozialarbeitende erhalten anhand des Lebensführungsmodells Anknüpfungspunkte, welche Massnahmen in der Fallarbeit getroffen werden können (S. 291). Diese Massnahmen können eine Triage betreffen, eigene sozialarbeiterische Beratungsansätze oder die institutionelle Vernetzungsarbeit. Die institutionelle Vernetzungsarbeit wird im nachfolgenden Kapitel 4.4.4 näher erläutert.

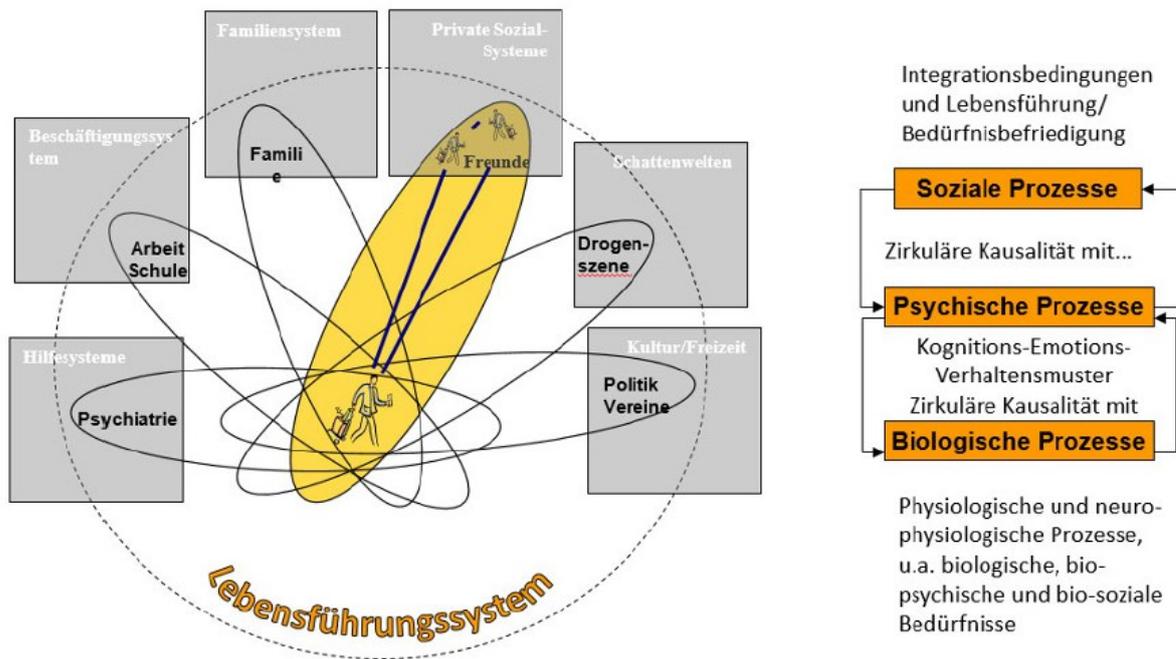


Abbildung 10: Lebensführungssystem (Sommerfeld, 2020, S. 291)

#### 4-Felder-Karte Veränderungsmatrix

Mit der 4-Felder-Karte-Veränderungsmatrix hat die Sozialarbeit laut Frau S. (persönliche Mitteilung, 2024, 28. Oktober) eine Möglichkeit, bei Klient\*innen mit Dualdiagnose die Wechselwirkung beider Erkrankungen und den Circulus Vitiosus zu identifizieren.

#### 4-Felder Karte Veränderungsmatrix Substanzkonsum bei PTBS

Verhalten	Positiv	Negativ
Kurzfristig	Symptome sind gelindert	Substanzen müssen immer verfügbar und griffbereit sein
Langfristig	Symptome kontrollieren können	Substanzabhängigkeit

Abbildung 11: 4-Felder-Karte-Veränderungsmatrix (eigene Darstellung auf Basis von Pantuček-Eisenbacher, 2019, S. 292–293)

#### 4.4.4 Institutionelle Vernetzungsarbeit

Sozialarbeitende sind Expert\*innen für Netzwerkarbeit in der Arbeit mit Einzelpersonen, in der Zusammenarbeit mit Institutionen, mit Netzwerken und mit den Schnittstellen (Berthel, 2020, S. 14–15). Unter diese Institutionen fallen auch sozialpädagogische Einrichtungen, Kliniken, Suchthilfestellen, Ämter und Behörden. Laut Frau S. (persönliche Mitteilung, 2024, 28. Oktober) werden Klient\*innen innerhalb ihrer Suchberatungsstelle an therapeutische Mitarbeiter\*innen verwiesen, wenn sich zeigt, dass eine Klient\*in Bedarf hat, komorbide Erkrankungen wie eine PTBS zu behandeln. Wie bereits in Kapitel 4.4.1 erwähnt wurde, gehört es zum Standard einer Traumabehandlung, dass die psychische Verfassung der betroffenen Klient\*innen stabil sein muss, bevor eine psychologische oder psychiatrische Traumatherapie starten kann (Frau S., 2024, 28. Oktober). Es gibt Klient\*innen, die eine Abstinenz anstreben. Abstinenz bedeutet, dass auf die Substanz vollständig und langfristig verzichtet wird, von welcher die Klient\*innen abhängig sind (Psyhyrembel, o. J.). Frau S. (persönliche Mitteilung, 2024, 28. Oktober) berichtet von der institutionellen Vernetzungsarbeit, die Suchtberatende leisten, indem sie bei Klient\*innen mit Wunsch nach einem Entzug eine informierende Rolle einnehmen. Die beratende Fachperson informiert

die Klient\*innen über Behandlungsmöglichkeiten und mögliche Institutionen, die einen Entzug und eine mögliche Rehabilitation anbieten. Diese Institutionen sind Kliniken, die sich auf Substanzenzug spezialisiert haben. Laut Moggi (2014) sind geeignete Entzugskliniken solche, die auf die komorbiden Erkrankungen Substanzabhängigkeit und PTBS spezialisiert sind (S. 18). Die Sozialarbeitenden informieren des Weiteren auch über eine mögliche Folgeunterstützung nach dem Klinikaufenthalt. Eine ambulante Suchtberatung bietet Unterstützung nach dem Entzug bei der Beibehaltung der Bewältigungsstrategien an und vermittelt auch diverse Kurse und Gruppenangebote zur Selbsthilfe (Frau S., persönliche Mitteilung, 2024, 28. Oktober). Die Hilfe zur Selbsthilfe wird in Kapitel 4.5 beleuchtet.

#### **4.4.5 Interprofessionelle Zusammenarbeit**

Abderhalden et al. (2024) beschreiben Sozialarbeitende als Teil des gesamten Behandlungsteams für Menschen mit Substanzabhängigkeit. Sozialarbeitende sind innerhalb des Behandlungsteams idealerweise verantwortlich für die Fallkoordination, die Vernetzungsarbeit und die stetige Überprüfung, ob sich die Bedürfnisse der Klient\*innen bezüglich des Behandlungsplans verändert haben (S. 39).

Herwig-Lempp und Kühling (2012) bezeichnen die Sozialarbeit als Königsdisziplin der psychosozialen Arbeitsfelder. Die Sozialarbeit nimmt in der Fallarbeit gegenüber den anderen mitwirkenden Professionen wie Therapeut\*innen, Ärzt\*innen und Sozialversicherungen eine Meta-Ebene ein (S. 55). Sozialarbeitende sind Teil der Entscheidungsfindung, welche Interventionen und Massnahmen erforderlich sind. Sie entscheiden beispielsweise, ob eine schnelle Aufnahme in eine stationäre Institution notwendig ist. Diese Entscheidungsfindung wird in der Sozialarbeit als Triage bezeichnet (OpenAI, 2024).

Berthel (2020) schreibt, dass zu einem Behandlungsplan verschiedene Akteur\*innen teils aus unterschiedlichen Institutionen gehören. Diese Akteur\*innen arbeiten gemeinsam unter Abstimmung ihrer Massnahmen und Hilfestellungen. Die Massnahmen sollen professionell und zielführend sein, was einer gezielten Koordination bedarf. Alle Ziele müssen zwingend gemeinsam mit den Klient\*innen formuliert und besprochen werden (S. 14). Kommt es zur Vermittlung einer psychiatrischen Behandlung, versprechen integrative Ansätze bislang die besten Behandlungserfolge, da sie eine Kombination diverser therapeutischer Elemente beinhalten, welche beide Erkrankungen behandeln können (Ridinger-Johann & Walter, 2014, S. 6).

Obwohl die sozialarbeiterische Triage fordert, sich mit diversen Therapieansätzen und Institutionen auseinanderzusetzen, grenzt sich die vorliegende Bachelorarbeit von Therapieansätzen ab. Deren Einbezug würde den Rahmen der Arbeit überschreiten. Insbesondere wird eine vertiefte Betrachtung psychologischer Aspekte ausgeschlossen, um den Fokus auf die Perspektive der Sozialarbeit zu richten.

## 4.5 Hilfe zur Selbsthilfe

In der Schweiz gibt es mehr als 2'500 Selbsthilfegruppen. Diese Zahl ist doppelt so hoch wie im Jahr 2005. Gemäss Zahlen aus dem Jahr 2015 thematisieren 75 % der existierenden Selbsthilfegruppen Gesundheitsthemen wie Alkoholismus, psychische Erkrankungen und Substanzabhängigkeit (Berger & Lanfranconi, 2019, S. 99).

Eine Selbsthilfegruppe zeichnet sich dadurch aus, dass sie von den Gruppenmitgliedern selbst verwaltet und organisiert wird. Es sind keine Fachpersonen anwesend, was den Unterschied zu Therapiegruppen verdeutlicht (Selbsthilfe Zürich, o. J.). In einer Selbsthilfegruppe sind in der Regel maximal zwölf Personen anwesend, die sich in die Gruppe einbringen und gegenseitig unterstützen (ebd.). Die Selbsthilfe Schweiz (Selbsthilfe Schweiz, 2021) formuliert das Ziel insofern, dass es darum geht, die individuellen Stärken der Klient\*innen zu fördern, das Gesundheitsverhalten zu verbessern und Strategien für den Alltag zu entwickeln. So können Klient\*innen ihre Belastungen besser bewältigen und ihr gewonnenes Wissen auch ausserhalb der Gruppe verbreiten (Selbsthilfe Schweiz, 2021, S. 2–4).

Lanfranconi und StremLOW (2017) orientieren sich für die Definition von Selbsthilfegruppen an Borgetto und von Troschke (2001, S. 14), die davon ausgehen, dass die Gruppenmitglieder sich ein gemeinsames Problem teilen, das sie bewältigen möchten. Das Hauptziel der Gruppe ist die gegenseitige Unterstützung bei der Bewältigung dieser gemeinsamen Herausforderung. Die Treffen der Gruppe finden regelmässig statt, um eine kontinuierliche Begleitung und Austauschmöglichkeit zu gewährleisten. Die Teilnahme ist jederzeit freiwillig (S. 190). Mithilfe des Internets sind virtuelle Selbsthilfegruppen unabhängig von einem Veranstaltungsort oder vom Aufenthaltsradius der teilnehmenden Klient\*innen. Ortsungebunden können sich Klient\*innen per Mausclick in die Selbsthilfegruppe einschalten (Falcato, 2013, S. 5) (Open AI, 2024).

Aus der Perspektive einer PTBS erklären Scherwath und Friedrich (2020) die hohe Relevanz des *sicheren Ortes* (S. 83). Für innere Stabilität benötigen PTBS-Klient\*innen Orte, an jenen sie sich sicher fühlen können (Uttendorfer, 2009; zit. in. Scherwath & Friedrich, 2020, S. 74–75). Selbsthilfegruppen wirken auf die Teilnehmenden entlastend. Die Teilnehmenden erzählen so viel von sich, wie sie mitteilen möchten und können, und erfahren Verständnis von anderen Menschen, die dieselben Probleme kennen und ähnliche Lebensgeschichten haben (Selbsthilfe Zürich, o. J.). Regelmässige Gruppentreffen schaffen Stabilität für Betroffene, insbesondere dann, wenn die Wünsche und die Bedürfnisse der Einzelnen und der Gruppe ein gemeinsames Anliegen bilden (Bausum, 2013; zit. in Scherwath & Friedrich, 2020, S. 83–84). Das Erfahren einer verständnisvollen, tragenden Gruppe hat einen heilsamen Einfluss auf PTBS-Klient\*innen, welche andere Menschen bisher eher als Gefahr eingestuft haben (Scherwath & Friedrich, 2020, S. 83).

Besonders in der Nachsorge nach einem Entzug ist das Thema Selbsthilfe von Bedeutung. Die Vermittlung von Selbsthilfegruppen an Klient\*innen ist eine Tätigkeit, die von Sozialarbeitenden ausgeführt wird (Laging, 2023, S. 191). Selbsthilfe ist für Klient\*innen als Zusatz zur regulären Suchtberatung oder als Ersatz für die Suchtberatung denkbar (Falcato, 2013, S. 7). Die Selbsthilfe Zürich betont aber, dass Selbsthilfegruppen keinen Ersatz für eine Suchttherapie darstellen und die Selbsthilfeform deshalb ausschliesslich als Ergänzung empfohlen wird (Selbsthilfe Zürich, o. J.). Somit kann festgehalten werden, dass Selbsthilfegruppen für Klient\*innen mit Substanzabhängigkeit und einer PTBS eine Chance bieten, ihre Selbstwirksamkeit zu fördern und Zugehörigkeit zu erfahren. Es entsteht ein verbindender Zusammenhalt von Menschen, die dasselbe Ziel verfolgen, was die Motivation der Klient\*innen fördert. Keinesfalls aber sollte eine Therapie deswegen vernachlässigt oder übersprungen werden.

## **4.6 Zusammenfassung, Zwischenfazit und Überleitung**

In Kapitel 4 werden die Rolle und die Aufgaben der Sozialarbeit bei der Unterstützung von Menschen mit einer Dualdiagnose beschrieben. Die Sozialarbeit übernimmt in der Suchtberatung eine essenzielle Rolle, indem sie zur Stabilisierung und der Integration der Klient\*innen beiträgt. Diese Stabilität ist die Grundvoraussetzung für eine Traumabearbeitung und -therapie.

Die Sozialarbeit fungiert als Schnittstelle zwischen den individuellen Bedürfnissen der Zielgruppe und den gesellschaftlichen Anforderungen. Die Aufgaben der Sozialarbeit

umfassen die Prävention, die Beratung während und nach der Therapie sowie die Förderung von Selbsthilfeprozessen. Die psychosoziale Beratung durch Sozialarbeitende zielt vor allem auf die Aktivierung von Ressourcen und die Förderung von Selbsthilfefähigkeiten ab.

Soziale Diagnostik als Werkzeug der Sozialarbeit ermöglicht eine Erfassung der komplexen Lebenssituationen der Klient\*innen. Bei einer sozialen Diagnostik durch Sozialarbeitende wird nicht nur auf Symptome der Erkrankungen eingegangen, sondern es werden auch die Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychischen und gesellschaftlichen Faktoren betrachtet. Institutionelle Vernetzungsarbeit und interprofessionelle Zusammenarbeit sind Aufgaben der Sozialarbeit in der Suchthilfe. Die institutionelle und interprofessionelle Vernetzungsarbeit stellt sicher, dass Klient\*innen Zugang zu passenden Hilfsangeboten erhalten und deren Qualität gesichert wird. Selbsthilfegruppen werden als ergänzende Massnahme beschrieben, die den Klient\*innen einen geschützten Raum für Austausch und Stabilität bietet. Sie fördern das Gefühl der Zugehörigkeit und stärken die Selbstwirksamkeit, was insbesondere für PTBS-Betroffene von grosser Bedeutung ist.

Sozialarbeit nimmt eine bedeutsame Rolle im Hilfesystem für Menschen mit Dualdiagnose ein. Sie beinhaltet eine Palette an Handlungsfeldern, die von individueller Beratung über institutionelle Vernetzung bis hin zur Förderung von Selbsthilfe reicht. Durch den Fokus auf Stabilisierung und soziale Integration schafft Sozialarbeit eine Basis, die nicht nur den individuellen Bedürfnissen der Klient\*innen gerecht wird, sondern ihnen auch gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht (Open AI, 2024).

## **5 Beratungsgespräche mit Menschen mit Dualdiagnose am Beispiel der Suchtberatung**

Für die Beantwortung der Hauptfrage, welche im Kapitel 1.2 benannt wurde, werden in diesem Kapitel die Methode der Motivierenden Gesprächsführung und die traumasensible Beratung als Grundlage für Beratungsgespräche mit Menschen mit Dualdiagnose vorgestellt. Die Motivierende Gesprächsführung ist eine etablierte und gut erforschte Gesprächsmethode, deren Wirksamkeit in vielen sozialarbeiterischen Tätigkeitsfeldern erwiesen wurde (Hohman, 2024, S. 25). Gemäss Deimel und Zimmer (2024) wurde die Methode der Motivierenden Gesprächsführung zunächst für Menschen mit Alkoholabhängigkeit erfolgreich entwickelt, und später für weitere Zielgruppen der Psychotherapie und der

Sozialarbeit erweitert (S. 279). Weil die Motivierende Gesprächsführung bis dato für weitere psychische Belastungen abseits der Substanzabhängigkeit erfolgreich erweitert wurde (ebd.), wird in diesem Kapitel untersucht inwiefern die Motivierende Gesprächsführung für Menschen mit Dualdiagnose geeignet ist. Weil die Motivierende Gesprächsführung sich an den Phasen des transtheoretischen Modells der Veränderungsbereitschaft orientiert (Laging, 2023, S. 194), wird dieses unter Kapitel 5.1 erläutert. In Berücksichtigung der bei Menschen mit Dualdiagnose zugrundeliegenden PTBS, wird anschliessend in Kapitel 5.3 auf die traumasensible Beratung eingegangen. Dabei wird aufgezeigt, wie traumasensible Aspekte und Methoden aus der Traumapädagogik und -beratung in die sozialarbeiterische Beratung von Menschen mit Dualdiagnose implementiert werden können.

## **5.1 Transtheoretisches Modell der Veränderungsbereitschaft**

Ende der 70er Jahre wurde das transtheoretische Modell erstmals von Prochaska und Di Clemente vorgestellt. Das Modell zeigt, wie sich die Motivation eines Menschen entwickeln und festigen kann. Von einer Absichtslosigkeit, ein Problem nicht als solches anzusehen, zeigt das Transtheoretische Modell anhand verschiedener Phasen auf, wie es zu einer Veränderungsabsicht kommt. (Widulle, 2020, S. 133).

Das transtheoretische Modell beschreibt sechs Stadien der Verhaltensänderung, die in Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung, Schluss und dauerhafte Aufrechterhaltung unterteilt werden. Menschen durchlaufen diese Stadien, um ein problematisches Verhalten abzulegen und ein neues Verhalten zu entwickeln. Diese Stadien lassen sich zudem in zwei Phasen unterteilen: Die klärungsorientierte Phase und die handlungsorientierte Phase (Widulle, 2020, S. 133–135). Warschburger (2008) betont in Bezug auf die Klient\*innen, dass eine Verhaltensänderung nicht linear verläuft. Rückfälle werden als Teil des Prozesses verstanden (S. 83). Eine stetige Anpassung der beraterischen Interventionen an die spezifische Stufe der Veränderung der Klient\*innen ist erforderlich, um die angestrebte Wirksamkeit zu erzielen (S. 89). Beraterisch angeleitete Strategien zur Bewusstseinsbildung haben sich in frühen Stadien des transtheoretischen Modells als hilfreich erwiesen, während verhaltensorientierte Strategien wie Selbstverpflichtung und Gegenkonditionierung in späteren Stadien zum Einsatz kommen sollten (S. 86) (OpenAI, 2024).

Sorglosigkeit	Bewusstwerden/ Absichtsbildung	Vorbereitung einer Handlung	Handlung	Aufrechterhaltung
Steigern des Problembewusstseins				
Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen				
	Emotionales Erleben			
	Selbstneubewertung			
		Selbstverpflichtung		
			(Selbst-)Verstärkung	
			Gegenkonditionierung	
			Kontrolle der Umwelt	
			Nutzen hilfreicher Beziehungen	

Abbildung 12: Verhaltensstrategien und Stufenordnung im transtheoretischen Modell (Warschburger, 2008, S. 89)

### Phase der Klärungsorientierung (Widulle, 2020, S. 133–135)

#### 1. Stadium der Absichtslosigkeit (Sorglosigkeit)

In diesem Stadium hat die Person keine Absicht, ihr problematisches Verhalten zu ändern.

#### 2. Stadium der Absichtsbildung (Bewusstwerden)

Die Person erkennt, dass eine Verhaltensänderung notwendig sein könnte, und beabsichtigt, das Verhalten zu einem Zeitpunkt in der Zukunft zu ändern.

#### 3. Stadium der Vorbereitung einer Handlung

In diesem Stadium plant die Person aktiv die Verhaltensänderung.

### Phase der Handlungsorientierung (Widulle, 2020, S. 133–135)

#### 4. Stadium der Handlung

Die Person beginnt ihr problematisches Verhalten zu verändern.

#### 5. Stadium der Aufrechterhaltung

Das ursprüngliche Verhalten ist seit längerem aufgegeben und die Person arbeitet daran, die neue Verhaltensweise beizubehalten.

#### 6. Stadium des Abschlusses

Das ursprüngliche Verhalten ist dauerhaft abgelegt und die neue Verhaltensweise ist vollständig etabliert.

Das transtheoretische Modell und die motivierende Gesprächsführung ergänzen sich gegenseitig (Miller & Rollnick, 2015, S. 55). Wenn Klient\*innen ein ambivalentes Verhalten zeigen, ob sie eine Veränderung wagen sollen oder nicht, befinden sie sich bereits im Stadium der Absichtsbildung. Das Tanstheoretische Modell beschreibt hier die Phasen der Verhaltensänderung und gibt Hinweise darauf, ob eine Person bereit für bestimmte Interventionen der Motivierenden Gesprächsführung ist (Miller & Rollnick, 2015, S. 187). In der nachfolgenden Abbildung 13 sind beispielhaft beraterische Interventionen in Bezug auf die Stufen des transtheoretischen Modells ersichtlich. Welche Rolle die motivierende Gesprächsführung in der Beratung von Menschen mit Abhängigkeitssyndrom und einer Dualdiagnose einnimmt, wird im folgenden Kapitel 5.2 erklärt.

	Absichtslosigkeit	Absichtsbildung	Vorbereitung	Handlung	Aufrechterhaltung	Schluss und Dauerhafte Aufrechterhaltung
Kennzeichen	Es besteht kein Bedürfnis einer Änderung, Funktionalität des Substanzkonsums dominiert die Wahrnehmung, Risiken oder Schäden werden kaum oder nicht wahrgenommen.	Ambivalente Erkenntnis, dass das eigene Verhalten problematisch sein könnte, Vor- und Nachteile des Substanzkonsums werden wahrgenommen.	Vage Absichten der Verhaltensänderung werden formuliert, keine Selbstverpflichtung erkennbar.	Aktive, konkrete Schritte der Verhaltensänderung werden vorgenommen.	Längerer Zeitraum der Verhaltensänderung wurde erlebt.	Stabiler, andauernder Zustand ohne Problemverhalten.
Aufgaben und Interventionen des Beraters und der Beraterin	Förderung eines Problembewusstseins durch Informationen, Feedback zum problematischen Verhalten, Sensibilisierung für Wünsche und Ziele über den gegenwärtigen Zustand hinaus.	Auflösung vorhandener Ambivalenzen durch z.B. Kosten-Nutzen-Analyse (Waage), Entwicklung eigener Vorstellungen und Werte, Aufzeigen von Diskrepanzen.	Unterstützung bei der Zielplanung durch z.B. Informationen über Möglichkeiten der Änderung (ambulant/stationär/Kontrolliertes Trinken etc.).	Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung und des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten durch z.B. Reflexion früherer Erfolge.	Stabilisierung, Konsolidierung der Verhaltensänderung, z. B. durch Beratung/Programme der Rückfallprophylaxe.	Beendigung, Ablösung.

Abbildung 13: Das transtheoretische Phasenmodell nach Prochaska et al. mit Interventionsergänzungen von Laging, 2023, S. 195

## 5.2 Motivierende Gesprächsführung

Laut Berthel (Berthel, T., 2020) haben sich Beratungstechniken als besonders wirksam erwiesen, die sich mit der Motivation der Klient\*innen befassen. Dies ist dadurch begründet, dass mit der Motivation der Klient\*innen gearbeitet wird und diese somit die Verantwortung für die gewünschten Veränderungsprozesse übernehmen (S. 12). Gemäss Laging (Laging, M., 2023) wurden Klient\*innen in der Vergangenheit in der Suchthilfe bezüglich ihrer Absicht zum Verzicht auf den Konsum entweder als motiviert oder als unmotiviert eingestuft. Entsprechend wurde seitens der Fachpersonen vermehrt mit Druck reagiert oder konfrontativ gearbeitet (S. 194). Der Ansatz der Motivierenden

Gesprächsführung bedient sich primär nicht des Codes *unmotiviert/motiviert*, sondern arbeitet in erster Linie mit den Ambivalenzen der Klient\*innen (ebd.). Miller und Rollnick (2015) führen dazu treffend aus: «Ambivalenz bedeutet, etwas gleichzeitig zu wollen und nicht zu wollen oder zwei unvereinbare Dinge zu wollen» (S. 21).

Motivierende Gesprächsführung eignet sich gut für die Anwendung in der Sozialarbeit, da ihre Grundhaltung mit den Grundsätzen der Sozialen Arbeit in hohem Masse übereinstimmt (Hohman, 2024, S. 26). Aus diesem Grund wird in Kapitel 5.2.2 auf die Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung eingegangen. Aufgrund der von der Hochschule Luzern vorgegebenen Zeichenanzahl kann innerhalb der vorliegenden Bachelorarbeit nicht auf sämtliche Einzelheiten der Motivierenden Gesprächsführung eingegangen werden. Zentrale Aspekte wie die Erklärung des Ansatzes, die Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung sowie die bedeutsamsten Beratungselemente werden in dieser Reihenfolge festgehalten.

### 5.2.1 Ambivalenz als Ansatz

Die motivierende Gesprächsführung wurde von Rollnick entwickelt, um die Motivation von Klient\*innen zu fördern. Laut Rollnick (Miller, W. & Rollnick, S., 2015) neigen Menschen in privaten, aber auch in professionellen Situationen zum *Korrektur-Reflex*. Mit *Korrektur-Reflex* ist der Impuls von Fachpersonen gemeint, der entsteht, wenn ihre Klient\*innen Ideen vorbringen, die von der Fachperson als falsch oder problematisch wahrgenommen werden. Hier entsteht der Impuls, die Klient\*innen sofort auf den *richtigen Weg* zu bringen. Dies geschieht häufig mit guten Absichten der Sozialarbeitenden, ist aber ineffizient. Ineffizient ist der *Korrektur-Reflex*, weil dieser bei Klient\*innen Widerstände gegen die Beratung auslösen kann (S. 20). Die Aufgabe der Sozialarbeitenden besteht im Allgemeinen darin, Klient\*innen zu begleiten ihre eigenen Wege zu gehen und Ideen zu entwickeln, wie sie ihre Belastungen und Veränderungswünsche angehen könnten (Hohman, 2024, S. 27).

Rollnick und Miller (2015) gehen davon aus, dass Klient\*innen, die sich ändern möchten, eine ambivalente Haltung haben. Die ambivalente Haltung bedeutet, dass sie Vorteile in der Veränderung, aber auch Nachteile sehen (S. 20). Die motivierende Gesprächsführung setzt bei dieser Ambivalenz an. Es geht darum, im Gespräch mithilfe des *Change Talks* (siehe Kapitel 5.2.3) den Fokus zur Veränderungsmotivation zu leiten. Die Ambivalenz der Klient\*innen wird überwunden und die Entschlossenheit zur gewünschten Veränderung

gestärkt (van Merendonk, 2020, S. 6). Um die Gesprächsmethode und den Ansatz der Ambivalenz zu verstehen und umzusetzen, muss die beratende Fachperson die Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung einnehmen, welche im nachfolgenden Kapitel 5.2.2 erläutert wird.

## 5.2.2 Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung

Der Methodik und der Technik der Motivierenden Gesprächsführung geht eine Grundhaltung voraus. Die Grundhaltung ist die Basis für die beratende Person und die Durchführung des Beratungsgesprächs gemäss der Motivierenden Gesprächsführung. Die Grundhaltung besteht aus den Aspekten der Partnerschaftlichkeit, der Evokation, der Akzeptanz und des Mitgefühls (van Merendonk, 2020, S. 7). Im Aspekt der Akzeptanz sind zudem die Werte der Empathie, der Wertschätzung, der Würdigung und der Autonomie enthalten (Miller & Rollnick, 2015, S. 33–35).

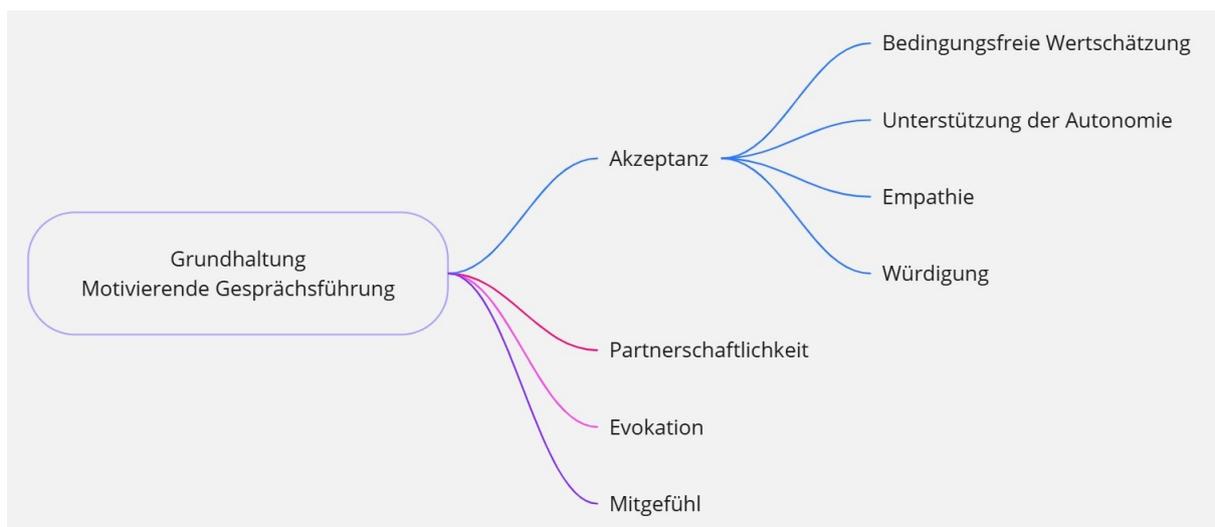


Abbildung 14: Die Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung (eigene Darstellung auf der Basis von Miller & Rollnick, 2015, S. 33–35)

### Akzeptanz

Zum Aspekt der Akzeptanz gehören die bedingungsfreie Wertschätzung, die Unterstützung der Autonomie, die Empathie und die Würdigung (van Merendonk, 2014, S. 6). Es geht um eine bedingungslose Akzeptanz der Klient\*innen durch die Sozialarbeitenden, damit die Betroffenen sich im Beratungssetting ehrlich offenbaren können. Zu betonen ist, dass die Sozialarbeitenden darlegen müssen, dass die Veränderung nicht obligatorisch

ist, sondern eine Option. Auf Basis dieser Akzeptanz eröffnen sich Veränderungsprozesse bei den Klient\*innen (S. 7).

### **Partnerschaftlichkeit**

Die Partnerschaftlichkeit bedeutet im Kontext der Motivierenden Gesprächsführung im Wesentlichen die Klient\*innenzentrierung (Hohman, 2024, S. 53). Die Klient\*innen werden als Expert\*innen ihrer selbst gesehen. Die Sozialarbeitenden fungieren als Begleiter\*innen im Veränderungsprozess der Klient\*innen und versuchen nicht, die Gespräche oder die Ziele in eine bestimmte Richtung zu drängen (Hohman, 2024, S. 26).

### **Evokation**

Evokation bedeutet, die inneren Stärken und Wünsche der Klient\*innen hervorzuheben. In der Motivierenden Gesprächsführung wird davon ausgegangen, dass alle Klient\*innen über die Ressourcen verfügen, um die von ihnen gewünschte Veränderung erzielen zu können. Dafür bedarf es meist zunächst einer Erkundung dieser Stärken und Ressourcen mithilfe einer beratenden Person (Miller & Rollnick, 2015, S. 37). Diese beratende Person gibt niemals Ratschläge oder Aufträge an die Klient\*innen (van Merendonk, 2014, S. 7).

### **Mitgefühl**

Im Aspekt des Mitgefühls geht es darum, dass die Sozialarbeitenden die Bedürfnisse der Klient\*innen wahrnehmen und zum Wohlergehen der Klient\*innen beitragen wollen (Hohman, 2014, S. 22). Das Erzielen von Wohlerfinden soll den Klient\*innen von den beratenden Personen verdeutlicht werden (van Merendonk, 2014, S. 7).

## **5.2.3 Relevante Elemente der Motivierenden Gesprächsführung**

Miller und Rollnick (2015) beschreiben vier Prozesse innerhalb der Motivierenden Gesprächsführung. Diese vier Prozesse werden als überlappende Prozesse in Treppenano-

rdnung verstanden, die aufeinander aufbauen (S. 43). Die Treppenano-

rdnung ist in Abbil-

dung 15 ersichtlich.

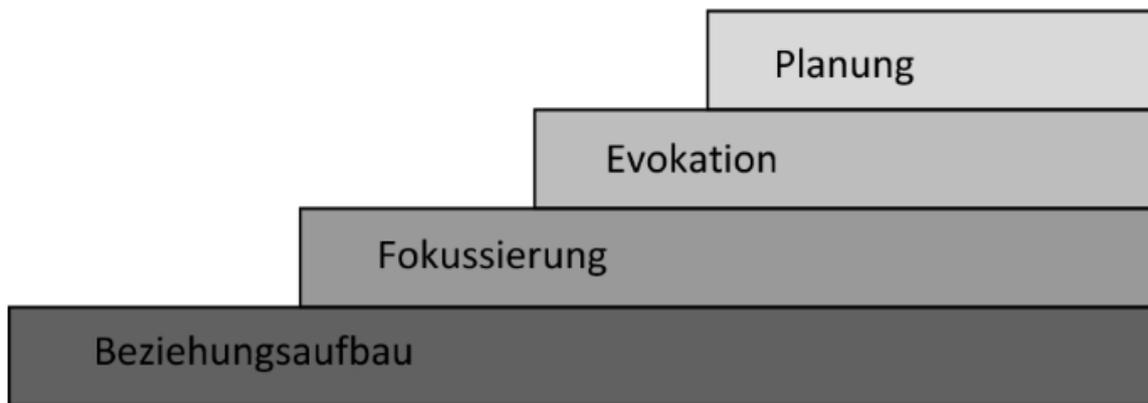


Abbildung 15: Die vier Phasen der Motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (Weigl & Mikutta, 2019, S. 18)

Diese Prozesse sind aber nicht zwingend nacheinander zu erreichen. Im Beratungsprozess können Rück- und Fortschritte nötig sein (Hohman, 2024, S. 51). Hohman (2024) schildert folgendes Beispiel:

#### Beispiel Rückschritt im Beratungsprozess

«Wenn Sie beispielsweise während des Evokationsprozesses versehentlich Dissonanz erzeugen, was den Klienten [sic] dazu bewegt, sich aus der Beziehung auszuklinken, dann müssen Sie die Treppe bis zur Stufe des Beziehungsaufbaus wieder hinuntergehen» (ebd.).

#### **Beziehungsaufbau**

Ein gelungener Beziehungsaufbau zeichnet sich dadurch aus, dass eine funktionierende Kooperationsbeziehung zwischen Klient\*in und Berater\*in besteht, die eine vertrauensvolle zwischenmenschliche Basis für die weiterführende Beratung schafft (Miller & Rollnick, 2015, S. 57). Die beratende Person bedient sich hier der Elemente der Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung (siehe Kapitel 5.2.3) und arbeitet mit offenen Fragen, zeigt Empathie durch reflektierendes Zuhören, würdigt und erkennt vergangene erfolgreiche Veränderungen der Klient\*innen an (sogenannte Affirmationen) und fasst das Gehörte zusammen, um eine Beziehung aufzubauen (Hohman, 2024, S. 53).

## Fokussierung

Der Prozess der Fokussierung in der Motivierenden Gesprächsführung sorgt für einen Fokus in Bezug auf eines oder mehrere Ziele der Klient\*innen (Miller & Rollnick, 2015, S. 126). Der Fokus ist auf Schwerpunktthemen für den Veränderungsprozess gerichtet, die sich in der ersten Phase des Beziehungsaufbaus gezeigt haben. Entscheidend ist in diesem Prozess, dass die Klient\*innen die Schwerpunktthemen vorgeben. Die beratende Person kann auf Nachfrage ihre Empfehlungen abgeben (Weigl & Milkutta, 2019, S. 21–22). In der Phase der Fokussierung wird herausgearbeitet, was die Klient\*innen für Wünsche und Ziele anstreben (Hohman, 2024, S. 53). Ist der Fokus unklar, wird weiter mit den Klient\*innen exploriert (Miller & Rollnick, 2015, S. 126).

## Evokation

Die Phase der Evokation ist der Hauptteil des gesamten Prozesses. Die Evokation zielt darauf ab, bestehende Ambivalenzen zu klären und die Bereitschaft für Veränderungen zu stärken (Weigl & Milkutta, 2019, S. 22). Aussagen der Klient\*innen zugunsten einer Veränderung werden als *Change Talk* bezeichnet (Miller & Rollnick, 2015, S. 189) und Aussagen zugunsten der Beibehaltung des Verhaltens werden *Sustain Talk* genannt (S. 195). Weil der Change Talk elementar für die Evokation ist, wird dieser kurz erläutert:

Change Talk beschreibt das Gespräch im Sinne der Veränderung. Ein Change Talk hat das Merkmal, dass es um ein Zielverhalten oder um ein anzustrebendes Ziel geht. Die beratende Person stellt in dieser Phase Fragen rund um die Motivation zur Veränderung. Die Beantwortung dieser Fragen führt dazu, dass die Klient\*innen weiter begründen, warum die gewünschte Veränderung stattfinden soll (Hohman, 2024, S. 53). Weil Menschen dazu neigen, sich an das gebunden zu fühlen, was sie selbst laut sagen, wird die Ambivalenz aufgelöst und die betreffende Person wird zur Veränderung geführt (Miller & Rollnick, 2015, S. 199).

Dabei geht das Gespräch vom *vorbereiteten Change Talk* zum *mobilisierenden Change Talk* über. Hier kann eine direkte Verbindung zum transtheoretischen Modell aus Kapitel 5.1 hergestellt werden. Die Verhaltensänderung kommt somit aus der Vorbereitung ins Handeln (S. 194).

## Planung

Grundsätzlich braucht es für den Übergang von der Evokation zur Planung ein Gespür der beratenden Person, welche Signale die Klient\*innen aussenden, ob also die Bereitschaft zur Planung vorhanden ist (Miller & Rollnick, 2009, S. 313). Wenn der Sustain-Talk deutlich abnimmt und der Change-Talk unverkennbar zunimmt, kann dies ein Indikator dafür sein, dass die Klient\*innen Ambivalenzen abgebaut haben und bereit für den Prozess der Planung sind (Hohman, 2024, S. 144).

Im Prozess der Planung geht es darum, eine Veränderung zu planen. Die Berater\*innen begleiten die Klient\*innen bei der Erstellung eines Veränderungsplans. Der Veränderungsplan beinhaltet die nächsten Schritte und legt dar, wie sich die Veränderung im Leben der Klient\*innen auswirken wird (Miller & Rollnick, 2015, S. 316). Motivierende Gesprächsführung dient nicht dazu, Klient\*innen in eine bestimmte Richtung zu lenken oder sie zu beeinflussen (Hohman, 2024, S. 27). Der Prozess der Planung kann aber von der beratenden Person so begleitet werden, dass der Plan möglichst viel Klarheit in Bezug auf die Veränderung und das Vorgehen schafft. Die Klient\*innen werden unter der professionellen Beratung mit hoher Wahrscheinlichkeit an der Verfolgung des Plans arbeiten (Miller & Rollnick, 2015, S. 316).

### 5.2.4 Motivierende Gesprächsführung in Bezug auf eine Dualdiagnose

Menschen mit einer Dualdiagnose sind oft mit Kontrollverlust in diversen Lebensbereichen konfrontiert. Das Gefühl des Kontrollverlusts ist sowohl von Seiten der Substanzabhängigkeit als auch von Seiten der PTBS vorhanden (Najavits, 2019, S. 27). Motivierende Gesprächsführung zielt darauf ab, die Eigenmotivation von Menschen zu fördern, indem ihre eigenen Ziele und Werte in den Vordergrund gestellt werden. Der Fokus liegt auf der Frage, was die Klient\*innen als vorteilhaft ansehen. Die beratende Person zeigt mit der Haltung der Akzeptanz ihr Interesse und Verständnis für die Ziele und Werte der Klient\*innen, was im Beratungsprozess von besonderer Bedeutung sein kann (Miller & Rollnick, 2015, S. 100). Diese empathische und akzeptierende Haltung der beratenden Person kann den Klient\*innen aktiv helfen, Kontrolle zurückzuerhalten oder Bereiche in ihrem Leben zu identifizieren, in welchen die Klient\*innen selbstwirksam agieren können. Dazu muss die beratende Person in der Lage sein, den Klient\*innen im Beratungsprozess nach Möglichkeit die Kontrolle zu übergeben (Najavits, 2019, S. 27) (Open AI, 2024). Wie bereits

in Kapitel 5.2.2 erläutert wurde, basiert die motivierende Gesprächsführung unter anderem auf Empathie und der bedingungslosen Wertschätzung für Klient\*innen (van Merendonk, 2014, S. 6–7). Menschen mit PTBS empfinden häufig Misstrauen gegenüber anderen Menschen (Tagay et al., 2016, S. 101). Die Klient\*innen bestimmen selbst, welche Verhaltensänderungen sie als sinnvoll betrachten. Tempo, Reihenfolge und Inhalt der Gespräche werden von den Klient\*innen vorgegeben (Hohmann, 2024, S. 26, S. 87). Eine Schwierigkeit bei Klient\*innen mit Dualdiagnose besteht darin, dass die Verhaltensziele Wechselwirkungen auslösen können (Open AI, 2024). Es braucht Verhaltensziele, welche kombinierbar sind (Arkowitz et al., 2010, S. 291). Die Herausforderung im Gespräch ist es, den Change-Talk in mehreren Bereichen herbeizuführen (S. 296).

Aufgrund des Phänomens des Circulus vitiosus, welches in Kapitel 3.3 behandelt wurde, sind Menschen mit einer Dualdiagnose in einer dilemmatischen Situation (Lüdecke et al., 2010, S. 28). Wenn diese dilemmatische Situation in einem Beratungsgespräch zur Sprache kommt, können Widerstände der betroffenen Person deutlich werden. In der Motivierenden Gesprächsführung wird Widerstand als Ambivalenz verstanden, die als Chance gesehen wird, eine Veränderung herbeizuführen (Miller & Rollnick, 2015, S. 187–189). Deshalb empfehlen Arkowitz et al. (2010), sich als beratende Person auf die Motivation der Klient\*innen zu fokussieren und diese zu verstehen. Bei Klient\*innen mit einer Dualdiagnose gilt es für die beratende Person zu ergründen, was die Einnahme der Substanz für einen Effekt erzielt und welche positiven und negativen Auswirkungen die Substanz mit sich bringt. So kann gemeinsam ein Change-Talk erzeugt werden und darüber gesprochen werden, welche anderen Strategien im akuten PTBS-Vorfall in der Vergangenheit geholfen haben oder in Zukunft helfen könnten (S. 299).

Eine direkte Konfrontation mit dem Traumagegenstand ist in der Sozialarbeit mit Menschen mit einer Dualdiagnose nicht sinnvoll. Die Trauma-Konfrontation fällt unter die Kompetenz von Psychotherapeut\*innen und kann im schlimmsten Fall destabilisierend wirken (Feselmayer & Andorfer, 2009, S. 20). Deshalb ist es bei der Beratung von Menschen mit einer Dualdiagnose von essenzieller Bedeutung, traumasensibel vorzugehen. Traumasensible Ansätze werden in Kapitel 5.3 vorgestellt.

### **5.2.5 Motivierende Gesprächsführung am Beispiel von Kriegsveteran\*innen**

Die Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung bei Kriegsveteran\*innen mit PTBS wird praktiziert, weil diese Zielgruppe oftmals mit starkem Widerstand auf konfrontative Gesprächsmethoden reagiert (Miller et al., 1993; zit. in Arkowitz, 2010, S. 61). Es gibt eine Studie von Murphy et al. aus dem Jahr 2004, in der die motivierende Gesprächsführung bei Kriegsveteran\*innen untersucht wurde. Die Rückmeldung der Studienteilnehmer\*innen war durchaus positiv. Gerade in Bezug auf die ehrliche Reflexion, welche die Gesprächsmethode ermöglicht, sahen die Kriegsveteran\*innen einen Profit (Arkowitz et al., 2010, S. 86). Arkowitz et al. (2010) sehen das Potenzial, Elemente der Motivierenden Gesprächsführung in die Behandlung von Menschen mit PTBS einfließen zu lassen (S. 88). Es wird jedoch betont, dass die motivierende Gesprächsführung nicht generell auf alle PTBS-Betroffenen anwendbar ist. Es sollte überprüft werden, ob die Absicht zur Veränderung einer PTBS-Symptomatik gemäss dem transtheoretischen Modell erstrebenswert ist. Dafür werden weitere empirische Analysen benötigt (S. 86–87) (Open AI, 2024).

## **5.3 Traumasensible Beratung**

Gemäss Hohman (2024) ist es von hoher Relevanz, dass alle Professionellen der Sozialen Arbeit sensibilisiert sind für die Trauma-Thematik. Ein Verständnis für Personen mit einem Trauma und einer PTBS ist für alle Fachpersonen der Sozialen Arbeit von Bedeutung, unabhängig davon, ob sie in der Forschung oder in der Praxis tätig sind (S. 9). Hohmanns Ansicht spiegelt die hohe Relevanz der vorliegenden Thematik wider. Daher werden in den folgenden Kapiteln 5.3.1 bis 5.3.3 verschiedene Aspekte und Methoden aus der Traumaberatung und der Traumapädagogik dargelegt. Aus Platzgründen kann nicht auf jede Einzelheit einer traumasensiblen Beratung eingegangen werden. Die Autorin stellt die aus ihrer Sicht relevantesten Aspekte der traumasensiblen Beratung vor.

### **5.3.1 Traumasensible Haltung**

Gemäss der Bundesarbeitsgemeinschaft für Traumapädagogik (2011) sind die folgenden Punkte in der Grundhaltung essenziell:

## 1. Annahme des guten Grundes

- Traumatisierte Menschen haben aufgrund ihrer Geschichte diverse Bewältigungsstrategien entwickelt. Diese Bewältigungsstrategien können vielfältig sein und seltsam bis bizarr auf Aussenstehende wirken. Bei diesem Grundsatz geht es darum, die Bewältigungsstrategien als solche zu erkennen und zu würdigen. Dies schafft eine Grundlage, um Klient\*innen die Möglichkeit zu geben, ihre Strategien kritisch zu reflektieren.

## 2. Wertschätzung

- Mit dem Grundsatz der Wertschätzung unterstützen Fachpersonen die Klient\*innen darin, ihre Ressourcen zu entdecken und somit ihr Selbstwertgefühl aufzubauen.

## 3. Partizipation

- Teilhabemöglichkeiten, die fordern, aber nicht überfordern, führen bei Klient\*innen zu mehr Autonomie- und Kompetenzerleben und zu einem Zugehörigkeitsgefühl.

## 4. Transparenz

- Das Einbeziehen der Klient\*innen in Prozesse und Vorgehensweisen, damit diese für die Betroffenen berechenbar und durchsichtig werden, ist unabdinglich. Das Verständnis und die Vorhersehbarkeit führen zu mehr Sicherheit bei den Betroffenen.

## 5. Spass und Freude

- Weil Traumaklient\*innen mit diversen Belastungen konfrontiert sind, ist es umso entscheidender, die erfreulichen Seiten ihres Lebens zu entdecken und Ressourcen hervorzuheben. Diese Haltung führt zu einer Balance gegenüber der Belastung und wirkt sich positiv auf die Genesung aus (S. 4–7) (OpenAI, 2024).

Traumatasensibilität bedeutet, sensibel auf Personen einzugehen, die ein Trauma erlebt haben. Sie fordert demnach Verständnis für die Personen und ihr Verhalten, welches von einem Trauma geprägt ist und das noch Jahre später Auswirkungen auf die betroffenen Personen haben kann (Trauma und Sucht, o. J.). Der Alltag von traumatisierten Menschen ist geprägt durch die traumatischen Erlebnisse, die ihr Denken, Handeln und Erleben beeinflussen. Die Anforderung an eine traumasensible Herangehensweise in der professionellen Zusammenarbeit besteht darin, den Betroffenen mit Verständnis und Empathie zu begegnen, sie als Expert\*innen für ihr eigenes Leben anzusehen und mit einem immer

wiederkehrenden Beziehungsangebot Stabilität zu signalisieren (Hofer-Temmel & Rotdeutsch-Granzer, 2015; zit. in Gahleitner et al., 2021, S. 137–138).

### 5.3.2 Sicherheit als Basis

Wie bereits in Kapitel 4.5 erwähnt wurde, ist die Schaffung eines *sicheren Ortes* für Klient\*innen mit einer PTBS unerlässlich (Scherwath & Friedrich, 2020, S. 83). Analog zu einer Selbsthilfegruppe lässt sich die Bedeutung des *sicheren Ortes* auf das Beratungssetting in der Suchtberatung übertragen. Auch Beushausen und Schäfer (2021) benennen eine von der Zielgruppe als sicher wahrgenommene Umgebung als eine bedeutende Grundlage für die Verarbeitung eines Traumas. Aufgabe der beratenden Fachperson ist es, diesen Raum so gut wie möglich bereitzustellen (S. 57). Äussere Sicherheit ist bei traumatisierten Menschen die Voraussetzung für die Entwicklung innerer Sicherheit (Kohler-Spiegel, 2022).

### 5.3.3 Traumabezogene Interventionen

Wie in Kapitel 1.5 angekündigt wurde, wird in der vorliegenden Bachelorarbeit auch Literatur zur Traumapädagogik herangezogen. Aus dem Fachbereich der Sozial- und Traumapädagogik sind gemäss Scherwath und Friedrich (2020) die Mittel der *Psychoedukation*, der *Enttabuisierung* und der *Biografiearbeit* traumabezogene Interventionen, die ausserhalb einer psychologisch-psychiatrischen Traumatherapie einen sinnvollen Einfluss auf die Betroffenen haben (S. 125). Bei Klient\*innen mit einer Dualdiagnose stellt das zugrundeliegende Trauma ein zutiefst prägendes Erlebnis dar. Obwohl die Traumakonfrontation ausserhalb des Kompetenzbereichs von Sozialpädagog\*innen liegt, ist die Begegnung mit dem Trauma innerhalb eines sozialpädagogischen Settings unumgänglich (ebd.). Die genannten Methoden und Mittel sind auch in psychosozialen Settings in der suchtspezifischen Sozialarbeit nutzbar und können in die Beratung implementiert werden, wenn die Klient\*innen dies wünschen.

#### Psychoedukation

Psychoedukation beinhaltet die Vermittlung von Wissen über Symptome und Ursachen von Traumata sowie die therapeutischen Zusammenhänge. Ziel der Psychoedukation ist es, Klient\*innen ein Verständnis für die eigene Situation und das Zustandekommen des Krankheitsbilds von Trauma und PTBS zu ermöglichen, was schlussendlich zur Entlastung

der Klient\*innen beiträgt (OpenAI, 2024). Diese Entlastung entsteht dadurch, dass die Aufklärung durch Psychoedukation zur Akzeptanz der Erkrankung führt und den Klient\*innen beim Einordnen gewisser eigener Verhaltensweisen hilft. Psychoedukation erfolgt evidenzbasiert und rational nachvollziehbar (Beushausen & Schäfer, 2021, S. 145–146).

### **Enttabuisierung**

Laut Scherwath und Friedrich (2020) ist die Enttabuisierung der traumatischen Ereignisse und ihrer Folgen ein bedeutsames Mittel für das Selbstverstehen der Klient\*innen. Es gilt als besonders zielführend, die traumatischen Ereignisse in einen gesellschaftlichen Rahmen zu setzen, denn Trauma-Ursachen wie Vergewaltigung, Gewalt oder Kindeswohlgefährdungen sind gesellschaftlich weit verbreitet (S. 130). Beushausen und Schäfer (2021) halten zur Entstehung von Trauma fest: «Traumata entstehen innerhalb gesellschaftlicher interpersoneller Macht- und Ausschlussprozesse im Kontext institutioneller und interpersoneller Gewalt» (S. 290). Die Enttabuisierung von Traumata mit gesellschaftlichem Zusammenhang führt bei Klient\*innen zu einer Entlastung, da sich die Klient\*innen weniger in der Verantwortung für das eigene Unglück sehen und Scham und Schuldgefühle abgebaut werden (S. 130).

### **Biografiearbeit**

Das Erarbeiten einer Biografie ist eine Methode, um die Lebensgeschichte eines Menschen genauer zu betrachten und die Herausforderungen besser zu verstehen. Die Verschriftlichung einer Biografie dient dem Aufarbeiten der eigenen Geschichte von Klient\*innen. Das Erzählen und das Aufschreiben der Biografie helfen, wiederkehrende Muster und Probleme zu verstehen (Sommerfeld et al., 2016, S. 234–235). Oftmals erinnern sich Klient\*innen nicht vollständig an ihren traumatischen Prozess. Sie fühlen sich getrennt von gewissen Teilen ihres Lebens, empfinden einen deutlichen Bruch in ihrem Leben und sprechen von einem Leben vorher und nachher (Scherwath & Friedrich, 2020, S. 132).

Eine weitere Form der Biografiearbeit ist die narrative Expositionstherapie (NET) (Schauer, 2024, 25:37). Dabei wird für jedes bedeutende Ereignis ein physisches Symbol wie eine Blume oder ein Stein auf einer Zeitachse eingetragen. Der Sinn dieser Anordnung ist es, eine Chronologie zu schaffen, um traumatische Ereignisse und die entsprechenden Traumareaktionen in eine sortierte Reihenfolge zu bringen (Schauer, 2024, 26:35). Diese

Methode kann von Sozialarbeitenden erlernt und mit betroffenen Klient\*innen angewendet werden (Schauer, 2024, 45:38).

Weil die Biografiearbeit auf sensible Inhalte stösst, empfehlen Scherwath und Friedrich (2020), dies traumasensibel anzugehen (S. 133). Der richtige Zeitpunkt einer solchen Intervention bedingt die Voraussetzungen der äusseren Stabilität, wie einen sicheren Ort sowie eine tragfähige Bindung zwischen Sozialarbeiter\*in und Klient\*in. Zwingend muss die oder der Betroffene fähig sein, mit stressauslösenden Ereignissen umzugehen, insbesondere, wenn sich traumatische Gedanken aufdrängen oder das Erzählen zu einer körperlichen Anspannung führt (Weiss, 2005; zit. in. Scherwath & Friedrich, 2020, S. 133).

## **5.4 Zusammenfassung, Zwischenfazit und Überleitung**

Der Beratungsansatz der Motivierenden Gesprächsführung zielt darauf ab, die Veränderungsmotivation von Klient\*innen zu stärken. Die Methode basiert auf einer empathischen und akzeptierenden Grundhaltung und arbeitet mit den Ambivalenzen der Klient\*innen bezüglich der Motivation, eine Verhaltensänderung in Bezug auf ihre Substanzabhängigkeit zu erzielen oder dieses Verhalten zu belassen. Unter Berücksichtigung der Phasen des transtheoretischen Modells kann die motivierende Gesprächsführung angepasst werden. Für die Arbeit mit Menschen mit einer Dualdiagnose wie Substanzabhängigkeit und PTBS ist die motivierende Gesprächsführung geeignet, da sie die Autonomie der Klient\*innen fördert und Widerstände nicht als Problem, sondern als Chance zur Klärung betrachtet. Eine traumasensible Haltung ist hierbei die Basis, um Vertrauen aufzubauen und eine destabilisierende Konfrontation zu vermeiden (OpenAI, 2024).

## **6 Fazit**

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird die Rolle der Sozialarbeit in der Arbeit mit Menschen mit einer Dualdiagnose betrachtet. Der Fokus liegt auf der Frage, inwiefern diese Zielgruppe methoden- und modellgeleitet, unterstützt werden kann. Diesbezüglich wird aufgezeigt, dass Menschen mit dieser Dualdiagnose häufig mit gesellschaftlicher Stigmatisierung, sozialen Herausforderungen und einer erhöhten psychischen Belastung konfrontiert sind. Ein zentrales Problem bleibt, dass viele Betroffene aufgrund von Stigma oder Scham keine Hilfsangebote wahrnehmen. Per Definition der Dualdiagnose tritt eine PTBS als Primärerkrankung auf und sekundär entwickelt sich eine Substanzabhängigkeit. Die

Gründe für die Ausbildung einer PTBS sind vielfältig. Der Entwicklung einer PTBS gehen immer eines oder mehrere traumatische Ereignisse voraus. Dabei gilt zu beachten, dass nicht jedes Trauma zu einer PTBS führt.

In der Schweiz sind rund 49'000 Menschen jährlich wegen einer Substanzabhängigkeit in Behandlung, wobei psychische Komorbiditäten wie PTBS sehr häufig auftreten. Studien belegen, dass bis zu 37 % der alkoholabhängigen Personen zusätzlich an einer PTBS leiden. Die Dunkelziffer ist gross. Diese Dualdiagnose erschwert die Behandlung und führt oft zu Rückfällen, weil nicht beide komorbiden Erkrankungen optimal behandelt wurden. Bei Klient\*innen mit Dualdiagnose ist es häufig der Fall, dass im Nachgang zur Behandlung der Substanzabhängigkeit, die PTBS stärker zum Vorschein kommt. Dies führt langfristig zu mehr Hospitalisierungen und häufigeren Therapieabbrüchen. Eine Stigmatisierung durch die Gesellschaft sowie eine Selbststigmatisierung beeinträchtigen zudem die soziale Teilhabe der Betroffenen. Die Situation kann sich so zuspitzen, dass sich Betroffene sozial isoliert fühlen und sich selbst als weniger wertvoll betrachten.

Die Relevanz für die Soziale Arbeit liegt in der Rolle von Sozialarbeitenden als Anlaufstelle für Menschen in Not und als die grösste Berufsgruppe in der Suchthilfe. Sozialarbeitende haben die Kompetenz, Betroffenen spezialisierte Hilfsangebote zu vermitteln, Ressourcen zu erschliessen und Beratung bei der Stabilisierung oder bei der Abstinenz zu bieten. Je nach Fall erfordert die Arbeit mit Menschen mit Dualdiagnose eine interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeit, Psychotherapie und anderen begleitenden und involvierten Institutionen.

Menschen mit Dualdiagnose stehen vor vielfältigen Herausforderungen. PTBS-Symptome wie Flashbacks, Übererregung und Vermeidungsverhalten verschärfen die soziale Isolation, Arbeitslosigkeit und weitere soziale Probleme. Der Circulus vitiosus beschreibt die Wechselwirkung, bei der Substanzkonsum die Symptome kurzfristig lindert. Langfristig wird die psychische Gesundheit weiter destabilisiert. Die Selbstmedikationshypothese zeigt, dass Betroffene häufig Substanzen verwenden, um PTBS-Symptome zu bewältigen, was wiederum zur Substanzabhängigkeit führt. Die Selbstmedikationshypothese ist eng mit dem Circulus vitiosus verwoben und für viele Betroffene schwierig zu durchbrechen.

Sozialarbeitende können durch ihr Fachwissen, eine humanistische Grundhaltung und die Nähe zur Lebenswelt der Klient\*innen Menschen mit einer Dualdiagnose unterstützen und begleiten. Wesentliche Aufgaben der Sozialarbeit umfassen die soziale Diagnostik, die

institutionelle Vernetzungsarbeit und die interprofessionelle Zusammenarbeit. Sozialarbeitende leisten Hilfe zur Selbsthilfe, indem sie Klient\*innen über Selbsthilfegruppen informieren und sie entsprechend vermitteln. Ausserdem kann Sozialarbeit mit gezielten Beratungsmethoden die Selbstwirksamkeit und die Autonomie der Klient\*innen fördern, um so einen wesentlichen Beitrag zu einer gelingend(er)en Lebensführung zu leisten. Der Beratungsansatz der Motivierenden Gesprächsführung lässt sich für eine adäquate Beratung von Menschen mit einer Dualdiagnose mit traumasensiblen Ansätzen aus der Traumapädagogik kombinieren. Die Grundhaltungen beider Ansätze sind nahezu identisch in ihrer humanistischen Kernaussage (OpenAI, 2024).

## 6.1 Beantwortung der Fragestellungen

Für die Übersichtlichkeit werden nachfolgend die Hauptfrage der Bachelorarbeit sowie die beiden Teilfragen aufgeführt. Die beiden Teilfragen werden zuerst behandelt, um im Anschluss die Hauptfrage zu beantworten.

**Mit welchen Methoden, Beratungsansätzen und Modellen können Sozialarbeitende Klient\*innen mit der Dualdiagnose *Substanzabhängigkeit und PTBS* unterstützen?**

1. Welche Auswirkungen hat die Dualdiagnose Substanzabhängigkeit und PTBS auf das Leben der Betroffenen im persönlichen wie im gesellschaftlichen Kontext?
2. Welche Rolle nimmt die Sozialarbeit in der psychosozialen Beratung von Menschen mit Substanzabhängigkeiten und einer PTBS ein und wie kann sie diese Personen förderlich unterstützen?

### 6.1.1 Doppelte Belastung für Klient\*innen mit Dualdiagnose

Nachfolgend wird die erste Teilfrage der Bachelorarbeit beantwortet:

1. Welche Auswirkungen hat die Dualdiagnose Substanzabhängigkeit und PTBS auf das Leben der Betroffenen im persönlichen wie im gesellschaftlichen Kontext?

Wenn bei Klient\*innen gleichzeitig eine Substanzabhängigkeit und eine PTBS auftreten, kann von einer Dualdiagnose gesprochen werden. Diese Klient\*innen bilden die Zielgruppe der vorliegenden Untersuchung. Eine PTBS tritt als Primärdiagnose auf, die bei der Zielgruppe später zur Substanzabhängigkeit führt. Traumatische Erfahrungen wie

Missbrauch, Gewalt, Krieg oder Unfälle sind häufige Auslöser für die Ausbildung einer PTBS. Die Ursachen von Traumata sind bis heute gut erforscht und durch diverse Studien belegt.

Diese Dualdiagnose stellt eine mehrfache Belastung für betroffene Klient\*innen dar, da sie mit einer Vielzahl von psychosozialen und gesundheitlichen Herausforderungen konfrontiert sind. Diese Belastungen entstehen durch die wechselseitige Verstärkung der beiden Erkrankungen, was die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigt. Eine adäquate Behandlung ist oftmals erschwert, weil sich die Symptome einer PTBS, welche als Kriterien für eine Diagnose gelten, bei manchen Personen über Jahre hinweg aufbauen. Wenn keine konkrete Diagnose vorhanden ist, ist es schwierig, die richtige Behandlung und eine ärztliche Verordnung für eine Therapie zu erhalten. Eine Dualdiagnose stellt nicht nur die Betroffenen, sondern auch das Versorgungssystem vor grosse Herausforderungen. Weder suchtttherapeutische noch rein psychotherapeutische Ansätze, welche die PTBS adressieren, reichen allein aus, um die komplexen Behandlungsanforderungen dieser Zielgruppe abzudecken. Häufige Therapieabbrüche und Rückfälle sind die Folge, insbesondere dann, wenn die psychische Stabilität der Betroffenen vor der Suchttherapie nicht ausreichend gefördert wurde.

Die betroffenen Personen leben zudem mit erhöhten psychischen und körperlichen Herausforderungen, denn Klient\*innen mit Dualdiagnose leiden unter einer Wechselwirkung der Symptome beider Erkrankungen. Die PTBS bringt häufig Symptome wie Flashbacks, Vermeidungsverhalten, Hyperarousal und folglich eine erhöhte Anfälligkeit für Stress mit sich. Die Substanzabhängigkeit verschärft die Situation, da sie oft von Schuld- und Schamgefühlen, sozialer Isolation und einem Kontrollverlust begleitet wird. Der sogenannte Circulus Vitiosus beschreibt das Muster, in dem PTBS-Symptome wie Intrusionen oder Hyperarousals durch Substanzkonsum gelindert werden. Dieser Konsum führt jedoch langfristig zu verstärkten PTBS-Symptomen und einer Verschlimmerung der Substanzabhängigkeit. Dies erzeugt einen Kreislauf aus Konsum, kurzzeitiger Erleichterung und langfristiger Verschlechterung. Dieser Vorgang wird auch als Selbstmedikation der Klient\*innen verstanden.

Menschen mit einer solchen Dualdiagnose sind von gesellschaftlicher Stigmatisierung betroffen. Es existieren Vorurteile, gemäss denen betroffene Personen als selbstverschuldet bezüglich der Substanzabhängigkeit oder als unzuverlässig wahrgenommen werden (OpenAI, 2024). Diese externen Vorurteile verstärken oft die Selbststigmatisierung, bei der

sich Klient\*innen als wertlos oder beschämt empfinden. Die Folge ist häufig ein Rückzug aus sozialen Beziehungen, was die Isolation und die psychischen Belastungen weiter erhöht. Aus der Perspektive einer PTBS sind die Auswirkungen ähnlich oder nahezu identisch. Die gesellschaftlichen und persönlichen Auswirkungen der Dualdiagnose führen bei den betroffenen Personen zu einer Mehrfachbelastung. Diese wird aufgrund der Wechselwirkung beider Erkrankungen gefördert oder deutlich erschwert.

### **6.1.2 Rolle der Sozialarbeit in der Arbeit mit Menschen mit Dualdiagnose**

Untenstehend wird die zweite Teilfrage der Bachelorarbeit beantwortet:

2. Welche Rolle nimmt die Sozialarbeit in der psychosozialen Beratung von Menschen mit Substanzabhängigkeiten und einer PTBS ein und wie kann sie diese Personen förderlich unterstützen?

Die Sozialarbeit übernimmt im Idealfall die Fallführung im Umgang mit der Zielgruppe, da die Sozialarbeit hier eine Meta-Ebene gegenüber den mitwirkenden Akteur\*innen wie Therapeut\*innen, Ärzt\*innen und Sozialversicherungen repräsentiert. Mithilfe sozialer Diagnostik können Sozialarbeitende komplexe Problemlagen analysieren und sämtliche Perspektiven einbeziehen, was eine ganzheitliche Übersicht über den Fall ermöglicht. Die ganzheitliche Perspektive reicht vom Verständnis der Lebenswelt und der sozialen Risiko- und Schutzfaktoren der Betroffenen bis hin zu medizinischen und psychiatrischen Diagnosen sowie dem Zugang zu Hilfsangeboten und finanziellen Ressourcen. Mithilfe der Sozialen Diagnostik können Wechselwirkungen der Dualdiagnose erkannt werden und somit die nötigen Handlungen in die Wege geleitet werden. Sozialarbeitende nehmen eine vermittelnde Rolle ein und bilden ein Bindeglied zwischen verschiedenen Institutionen und bei der interprofessionellen Arbeit. Sozialarbeit kann unterstützend sein in der Erarbeitung eines Behandlungsplans, der verschiedene Bedürfnisse der Klient\*innen adressiert. Aus Sicht der Autorin der vorliegenden Arbeit ist es auch denkbar, dass Sozialarbeitende eine entscheidende Rolle einnehmen können, weil sie aufklären können, was ein Trauma ist und welche Folgen Traumata haben können. Eine entscheidende Rolle spielt dies deshalb, weil Sozialarbeitende Hinweise darauf geben können, wie Klient\*innen Symptome einer PTBS einordnen können. Dies führt zu mehr Selbstverständnis der Klient\*innen und kann weiter zur Zurückerlangung der eigenen Kontrolle verhelfen.

Des Weiteren nimmt die Sozialarbeit stets eine schützende Rolle ein, um der Ausgrenzung und der Stigmatisierung ihrer Klient\*innen entgegenzuwirken. Sie leistet demnach nicht nur eine Unterstützung auf der individuellen Ebene, sondern wirkt auch auf die strukturelle, gesellschaftliche Ebene. Sozialarbeit wirkt auf die gesellschaftliche Ebene, indem sie Informationen bereitstellt und einen Diskurs anstösst, welcher zur Inklusion von Menschen mit Substanzabhängigkeit und einer PTBS beiträgt. Ebenso unterstützen Sozialarbeitende Klient\*innen bei der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt, der Stabilisierung der Wohnsituation und der Wiederherstellung sozialer Beziehungen.

Eine psychosoziale Beratung durch Sozialarbeitende zielt darauf ab, die Stabilität der Klient\*innen zu fördern und ihre Lebensführung zu verbessern. Bei Menschen mit einer Dualdiagnose liegt der Schwerpunkt zunächst auf der Stabilisierung der psychischen Verfassung, da diese eine Grundvoraussetzung für weiterführende therapeutische Massnahmen ist. Sozialarbeitende kennen die Institutionen in ihrem Umfeld und sind in der Lage, Klient\*innen mit geeigneten Hilfsangeboten zu vernetzen. In diesem Kontext ist zu beachten, dass entsprechende ambulante oder stationäre Institutionen beide Diagnosen – PTBS und Substanzabhängigkeit – behandeln können. Eine gut organisierte Vernetzungsarbeit zusammen mit einer sozialen Diagnostik hilft den Klient\*innen, den idealen Behandlungsplan zu erhalten.

Eine weitere Unterstützung der Sozialarbeit für Klient\*innen mit einer Dualdiagnose liegt auch darin, als Brückenbauerin zu fungieren und damit zwischen Betroffenen und gesellschaftlichen Anforderungen zu vermitteln. Die Sozialarbeit in der ambulanten Suchtberatung bietet einen Raum mit niederschwelligem Zugang zu Hilfsangeboten für Menschen, die sonst möglicherweise keine Unterstützung erhalten würden. Dies trägt nicht nur zur Stabilisierung einzelner Klient\*innen bei, sondern hat auch gesamtgesellschaftliche Vorteile wie die Inklusion und die Sicherung des sozialen Friedens.

### **6.1.3 Evidenzbasierte Methoden in der psychosozialen Beratung**

Im Folgenden wird die Hauptfrage der vorliegenden Bachelorarbeit beantwortet:

**Mit welchen Methoden, Beratungsansätzen und Modellen können Sozialarbeitende Klient\*innen mit einer Dualdiagnose unterstützen?**

Etablierte Methoden und Fachwissen sind in der psychosozialen Beratung von Menschen mit einer Dualdiagnose unabdinglich, wie in dieser Bachelorarbeit aufgezeigt wurde. In der vorliegenden Arbeit wurde der methodische Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung und der traumasensiblen Beratung erörtert. Diese Ansätze bieten eine wissenschaftlich fundierte Grundlage, um die komplexen Bedürfnisse der Klient\*innen zu adressieren.

Die motivierende Gesprächsführung ist eine etablierte Gesprächsmethode in der psychosozialen Beratung von Menschen mit Substanzabhängigkeit. Diese Gesprächsmethode zielt darauf ab, die Eigenmotivation der Klient\*innen zu fördern und ihre Ambivalenzen gegenüber Veränderungen zu bearbeiten. Durch eine akzeptierende und wertschätzende Haltung hilft die Methode den Betroffenen, ihre Bereitschaft für positive Veränderungen zu stärken. Die motivierende Gesprächsführung wird von Fachpersonen ohne Konfrontation und Druck ausgeführt. Besonders bei Menschen mit Substanzabhängigkeiten hat sich dieser Ansatz als wirksam erwiesen, da er die Selbstwirksamkeit der Klient\*innen erhöht und in der Folge Rückfälle verringern kann.

Die in Kapitel 5.2.2 erläuterte Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung kann sich positiv auf das Vertrauen zwischen Sozialarbeiter\*innen und Klient\*innen auswirken. Die motivierende Gesprächsführung wirkt positiv auf den Autonomiegewinn und die Selbstermächtigung der Klient\*innen. Sie lässt sich gut mit traumasensiblen Ansätzen kombinieren, da die Klient\*innen nicht zu schnellen Entscheidungen gedrängt werden, sondern die Klient\*innen selbst das Tempo vorgeben. Diese Vorgehensweise vermeidet aus Sicht der Autorin zusätzlichen Stress für die bereits belasteten Klient\*innen. Zudem gibt die Methode die Kontrolle an die Klient\*innen zurück und kann die Selbstwirksamkeit fördern.

Wenn sich Klient\*innen auf einen Veränderungsprozess einlassen, kann die motivierende Gesprächsführung eine wirksame Methode sein. Insbesondere in der Phase der Absichtsbildung oder der Festigung kann sie Klient\*innen dabei unterstützen, Ziele zu erarbeiten und diese zu verfolgen. Sozialarbeitende in der psychosozialen Beratung können in diesem Kontext die Rolle der unterstützenden Begleitung übernehmen. Die Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung sollte stets in Zusammenhang mit dem transtheoretischen Modell der Veränderung betrachtet werden, denn bei der Aufarbeitung eines Traumas könnten Verdrängungsmechanismen eine bedeutungsvolle Anknüpfung zum transtheoretischen Modell darstellen.

Die genannten Methoden sind relevant, damit Fachpersonen nicht in die Falle des Korrektur-Reflexes geraten. Es ist nicht Sache der Sozialarbeitenden, die psychosoziale Beratung in eine bestimmte Richtung zu drängen oder die Klient\*innen mit ihren Traumata zu konfrontieren. Evidenzbasierte Methoden sind unerlässlich für eine professionelle Haltung, um die Klient\*innen mit ihren eigenen Ideen voranzubringen – wenn diese das möchten. Eine psychosoziale Beratung durch Sozialarbeitende kann ergänzend zu einer Traumatherapie angeboten werden.

Die Autorin der vorliegenden Arbeit betont die Relevanz der Traumasensibilität in der sozialarbeiterischen Arbeit mit Menschen mit einer Dualdiagnose. Es ist von hoher Bedeutung, dass Sozialarbeitende Kenntnisse über eine PTBS-Erkrankung und ein Verständnis in Bezug auf Traumata und ihre Entstehung haben. So lässt sich eine Retraumatisierung von Klient\*innen während der Beratungsgespräche vermeiden. Ebenso sieht die Autorin Selbsthilfegruppen als niederschwellige und sinnvolle Angebote. Im Sinne der Nachsorge, der Rückfallprophylaxe und weiterer Entlastungsmöglichkeiten stabilisiert die Selbsthilfe Therapieerfolge und stellt damit ein wesentliches Glied im Bereich der Nachsorge dar. Betroffene können hier Gleichgesinnte treffen.

Das Informieren und das Weitervermitteln der Betroffenen an Selbsthilfegruppen finden ebenfalls Platz in der Aufzählung evidenzbasierter Methoden. Selbsthilfegruppen bieten den Betroffenen einen geschützten Raum, in dem sie Erfahrungen austauschen und voneinander lernen können. Das Gemeinschaftsgefühl der Gruppenmitglieder wird gestärkt, auch in Bezug auf das Wissen, mit den eigenen Problemen nicht allein zu sein. Selbsthilfegruppen werden von den Mitgliedern selbstständig organisiert und können Betroffenen langfristige Unterstützung bieten. Den Grundsätzen der Profession der Sozialarbeit entsprechen diese Gruppen, da sie Mittel zur Selbsthilfe für die Klient\*innen sind. Klient\*innen könnten sich durch Selbsthilfegruppen von anderen Hilfsangeboten ablösen, auch von der Sozialarbeit selbst. Es bedarf hier aber einer guten Einschätzung, ob die Klient\*innen bereit für diesen Schritt der Ablösung sind. Es ist immer möglich, neben einer Therapie oder einer Beratung einer Selbsthilfegruppe beizuwohnen.

## **6.2 Persönliches Fazit**

In dieser Bachelorarbeit wird hervorgehoben, dass ein grundlegendes Verständnis bezüglich einer Dualdiagnose essenziell ist, um betroffene Menschen nachhaltig zu unterstützen. Eine Dualdiagnose stellt eine komplexe Herausforderung für das soziale und

medizinische Versorgungssystem dar. Durch traumasensible und ressourcenorientierte Beratung sowie gezielte Vernetzungsarbeit schaffen Sozialarbeitende Zugänge zu Hilfsangeboten und tragen zur Stabilisierung und Integration der Betroffenen bei. Gerade in der Schweiz und im deutschsprachigen Raum, wo Therapieplätze knapp sind, bietet die Sozialarbeit eine Ergänzung zu therapeutischen Angeboten. Sie kann Lücken im Versorgungssystem verringern und Unterstützung in akuten sowie langfristigen Prozessen leisten.

Aus Sicht der Autorin der vorliegenden Arbeit ist die Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wie einer Substanzabhängigkeit und einer PTBS unabdinglich. Scham, Unwissen und Vorurteile prägen häufig den Umgang mit Betroffenen sowie deren Selbstbild, und genau hier liegt der Schlüssel: Nur durch den Abbau von Vorurteilen können Betroffene ermutigt werden, die ihnen zustehende Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hier leistet die Sozialarbeit einen wertvollen Beitrag. Die Erkenntnis, dass Sozialarbeit nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch strukturell und systemisch wirksam sein kann, unterstreicht die Verantwortung bezüglich der Entstigmatisierung psychischer Krankheiten. Dies leisten Sozialarbeitende durch die Verbreitung von Informationen und die Vertretung ihrer Zielgruppen nach aussen. Somit bieten Sozialarbeitende eine gezielte Unterstützung, schaffen neue Perspektiven und tragen nachhaltig zur Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen bei.

### **6.3 Ausblick**

In der vorliegenden Arbeit wurde die Rolle der Sozialarbeit in der psychosozialen Beratung von Menschen mit der Dualdiagnose Substanzabhängigkeit und PTBS ausgearbeitet. Dennoch bleiben viele Aspekte offen, die für eine umfassende Betrachtung sinnvoll wären. Zum Beispiel könnte es wertvoll sein, die klinische Sozialarbeit oder das Case Management in der Arbeit mit der Zielgruppe genauer zu untersuchen. Dies würde dazu beitragen, ein umfassenderes Verständnis für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und deren Wirkung auf die Verbesserung der Situation von Betroffenen zu erarbeiten. Zudem gibt es weiteren Forschungsbedarf. So fehlen Studien zur Wirksamkeit der Motivierenden Gesprächsführung für Menschen mit einer Dualdiagnose. Ebenso sollten die langfristigen Auswirkungen von Interventionen auf die Lebensqualität und die soziale Integration von Menschen mit Dualdiagnosen intensiver erforscht werden, um entsprechende Interventionen noch effizienter zu gestalten. Auch die Herausforderungen im Versorgungssystem verdienen wissenschaftliche Aufmerksamkeit, insbesondere in Bezug auf die fehlende

Verfügbarkeit von Therapieplätzen und die Frage, wie die Sozialarbeit Abhilfe schaffen kann. Mögliche Forschungsgegenstände wären darüber hinaus die Begleitung und die psychosoziale Beratung von Menschen mit einer PTBS.

## 7 Literaturverzeichnis

- Abderhalden, I., Grob, A., Hälg, R., Kaspar, A., Krebs, M., Mäder, R., Mezzera, T., Berger, C., Güdel, H., Hoffmann, N., Graber, G., Suter, R., Leimgruber, S., Benecke, F., Lauper-Beeli, R., & Meyer, F. (2024). *Empfehlungen für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention*. FHNW.
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (2. Auflage). Hogrefe.
- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R. & Rollnick, S. (2010). *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen*. Beltz.
- Augsburger, M. & Maercker, A. (2020). Posttraumatische Belastungsstörungen. PTBS und KPTBS: Ein Leitfaden für die Diagnostik und Behandlung. In A. Barta & F. Hohagen (Hrsg.), *Störungsspezifische Psychotherapie* (S. 1-115). Kohlhammer.
- AvenirSocial (Hrsg.). (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis*. [Broschüre].
- Berger, F. & Lanfranconi, L. (2019). Selbsthilfegruppen zu sozialen Themen und Angehörigenselbsthilfegruppen in der Schweiz – ungenutzte Potentiale für die Soziale Arbeit. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit/Revue suisse de travail social*, 26, 98–115.
- Berthel, T. (2020). Soziale Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe der deutschsprachigen Schweiz. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht. Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 10–15). Springer VS.
- Beushausen, J. (2014). *Beratung und Therapie—Ein paradoxer Unterschied. Reflexionen zur Identität psycho-somatisch-sozialer Arbeit*. ZKS Verlag.

Beushausen, J. & Schäfer, A. (2021). *Traumaberatung in psychosozialen Arbeitsfeldern. Eine Einführung für Studium und Praxis*. Verlag Barbara Budrich GmbH, Opladen & Toronto. <https://doi.org/10.36198/9783838556062-1-8>

Borgetto, B. & von Troschke, J. (2001). *Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen*. Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften.

Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (Hrsg.). (2024). *ICD-10-GM Version 2024, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 15. September 2023*. BfArM.

Bundesamt für Gesundheit. (2021). *Wissenschaftliche Grundlagen zur Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten und Sucht. Faktenblatt. Die soziale Situation von Suchtbetroffenen in der Schweiz*. [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/faktenblaetter/faktenblaetter-sucht/faktenblatt-soziale-situation-suchtbetroffene.pdf.download.pdf/210906\\_Faktenblatt\\_SozialeSituationsuchtbetroffene\\_Final.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/faktenblaetter/faktenblaetter-sucht/faktenblatt-soziale-situation-suchtbetroffene.pdf.download.pdf/210906_Faktenblatt_SozialeSituationsuchtbetroffene_Final.pdf)

Bundesamt für Gesundheit. (2022). *Psychische Erkrankungen und Gesundheit*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/psychische-erkrankungen-und-gesundheit.html#-66695046>

Bundesamt für Gesundheit BAG. (o. J.). *Zahlen und Fakten Sucht*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht.html>

Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik [BAG]. (2011). *Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe*. [Positionspapier].

- Deimel, D. & Hornig, L. (2024). Soziale Arbeit in der Suchthilfe. In D. Deimel, D. Moesgen & H. Schecke (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch* (S. 16–43). Psychiatrie Verlag.
- Deimel, D. & Zimmer, V. (2024). Motivational Interviewing. In D. Deimel, D. Moesgen & H. Schecke (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch* (S. 279–289). Psychiatrie Verlag.
- Falcato, L. (2013). Selbsthilfe & Sucht: Eine sozialwissenschaftliche Annäherung. *Sucht-Magazin*, 39 (4), 4–10.
- Feselmayer, S., & Andorfer, U. (2009). Trauma und Sucht. *Psychopraxis*, 12 (6), 16–21.  
<https://doi.org/10.1007/s00739-009-0188-6>
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Forschung und Praxis*, 35 (1), hogrefe. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.35.1.12>
- Gahleitner, S. B., Golata, A., Rothdeutsch-Granzer, C., & Kronberger, H. (2021). Traumapädagogik. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 20 (1), 129–142.  
<https://doi.org/10.1007/s11620-021-00610-3>
- Hansjürgens, R. (2020). Soziale Diagnostik in der Suchthilfe. In P. Buttner, D. Röh, S. B. Gahleitner & U. Hochuli Freund (Hrsg.), *Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit* (S. 214–227). Lambertus.
- Hausmann, C. (2006). *Einführung in die Psychotraumatologie*. facultas.
- Hermann, M. L. & Bäurle, P. (2010). Traumata–Warum werden sie im Alter wieder aktiv. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 8 (4), 31–39.

Herwig-Lempp, J. & Kühling, L. (2012). Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie.

*Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung*, 30 (2), 51–56.

Hohman, M. (2024). *Motivierende Gesprächsführung in der Praxis Sozialer Arbeit*. Lambertus.

Hoppen, T., Priebe, S., Vetter, I., & Morina, N. (2021). *Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: A systematic review and meta-analysis*. *BMJ Global Health*.

<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006303>

Jegodtka, R. & Luitjens, P. (2016). *Systemische Traumapädagogik. Traumasensible Begleitung und Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern*. Vandenhoeck & Ruprecht.

Kapfhammer, H.-P. (2022). Zur Komorbidität von Posttraumatischer Belastungsstörung und Sucht in biopsychosozialer Perspektive. *neuropsychiatrie*, 36 (1), 1–18.

<https://doi.org/10.1007/s40211-020-00384-4>

Kaufmann, M. (2021). Stationärer Entzug, der Start in ein suchtfreies Leben?. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht. Eine Bestandaufnahme aus der Praxis* (S. 75–85). Springer VS.

Kemmner, C., Klein, M. & Zemlin, U. (2004). Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten einer Fachklinik für Alkoholabhängige: Ergebnisse einer Prävalenzerhebung und Konsequenzen für das Behandlungsprogramm. *Suchttherapie und Beratung*, 4, 124–131. <https://doi.org/10.1055/s-2004-813533>

Kielholz, P. & Ladewig, D. (1973). *Die Abhängigkeit von Drogen*. Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.

Klein, M. (2018). Im Dunkelfeld von Versorgung, Bildung und Qualifizierung?. *Sozial Extra*. 42 (1), 31–35. <https://doi.org/10.1007/s12054-018-0007-5>

Kohler-Spiegel, H. (2022, September). *Aus Respekt vor den Menschen: Traumasensibel*.

<https://www.feinschwarz.net/aus-respekt-vor-den-menschen-traumasensibel/>

Kostrzewa, R. (2016). *Jung, ausländisch, traumatisiert – suchtgefährdet? Transkulturelle*

*Lösungsansätze in der Suchtarbeit als Teil einer gesamtgesellschaftlichen Auf-*

*gabe*. socialnet. <https://www.socialnet.de/materialien/27582.php>

Krizic, I., Balsiger, N., Gmel, G., Labhart, F., Vorlet, J. & Amos, J. (2023). *act-info*

*Jahresbericht 2022: Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz.*

*Ergebnisse des Monitoringsystems*. [https://www.suchtschweiz.ch/publication/act-](https://www.suchtschweiz.ch/publication/act-info-jahresbericht-2022-suchtberatung-und-suchtbehandlung-in-der-schweiz-ergebnisse-des-monitoringsystems/)

[info-jahresbericht-2022-suchtberatung-und-suchtbehandlung-in-der-schweiz-er-](https://www.suchtschweiz.ch/publication/act-info-jahresbericht-2022-suchtberatung-und-suchtbehandlung-in-der-schweiz-ergebnisse-des-monitoringsystems/)

[gebnisse-des-monitoringsystems/](https://www.suchtschweiz.ch/publication/act-info-jahresbericht-2022-suchtberatung-und-suchtbehandlung-in-der-schweiz-ergebnisse-des-monitoringsystems/)

Laging, M. (2008). Klinische Sozialarbeit in der Suchthilfe. In S. Gahleitner & G. Hahn

(Hrsg.). *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psy-*

*chosozialen Praxis und Forschung 1* (S. 222–239). Psychiatrie-Verlag GmbH.

Laging, M. (2023). Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen–Konzepte–Methoden. In

R. Biecker (Hrsg.). *Grundwissen Soziale Arbeit* (3. Aufl., S. 7–194). Kohlhammer.

Lanfranoni, L. & Stenlow, J. (2017). Schlussfolgerungen und Empfehlungen. In L. Lan-

franconi, J. Stenlow, H. Ben Salah & R. Knüsel (Hrsg.), *Gemeinschaftliche*

*Selbsthilfe in der Schweiz. Bedeutung, Entwicklung und ihr Beitrag zum Gesund-*

*heits- und Sozialwesen* (S. 189–213). Hogrefe.

Lüdecke, C., Sachsse, U., Faure, H. (2010). *Sucht–Bindung–Trauma. Psychotherapie*

*von Sucht und Traumafolgen neurobiologischen Kontext*. Schattauer GmbH.

Maercker, A., & Hecker, Dr. T. (2015). Trauma- und Gewaltfolgen – psychische Auswir-

kungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*,

59 (1), 28–34. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2259-6>

- Maté, G. (2021). *Im Reich der hungrigen Geister. Auf Tuchfühlung mit der Sucht - Stimmen aus der Forschung, Praxis und Gesellschaft*. Unimedica.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Aufl.). Lambertus.
- Moggi, F. (2014). Behandlung von Suchtpatienten mit komorbiden psychischen Störungen. *SuchtMagazin*, 1, 15–18.
- Moggi, F. & Donati, R. (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Hogrefe.
- MonAM. (2024). *MonAM - Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten. Sucht: Entwicklung der Eintritte in Behandlung*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/sucht-entwicklung-der-eintritte-in-behandlung>
- Najavits, L. M. (2019). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm "Sicherheit finden"* (2. Aufl.). hogrefe.
- Open AI. (2024). *ChatGPT September Version 4.0*. <https://chat.openai.com/>
- Open AI. (2024). *ChatGPT Oktober Version 4.0*. <https://chat.openai.com/>
- Open AI. (2024). *ChatGPT November Version 4.0*. <https://chat.openai.com/>
- Open AI. (2024). *ChatGPT Dezember Version 4.0*. <https://chat.openai.com/>
- Pantuček-Eisenbacher, P. (2019). *Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit* (4. Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pschyrembel. (o. J.). *Krankheitslehre, Pathologie*. <https://www.pschyrembel.de/abstinnenz/K01H8/doc/>
- Pschyrembel. (o. J.). *Krankheitslehre, Pathologie*. <https://www.pschyrembel.de/Circulus%20vitiosus/K050G/doc/>

Pschyrembel. (o. J.). *Krankheitslehre, Pathologie*. <https://www.pschyrembel.de/Flashback/K07UW/doc/>

Pschyrembel. (o. J.). *Krankheitslehre, Pathologie*. <https://www.pschyrembel.de/Hyperarousal/K0QU2/doc/>

Pschyrembel. (o. J.). *Krankheitslehre, Pathologie*. <https://www.pschyrembel.de/Komorbidit%C3%A4t/K0C0A/doc/>

Ridinger-Johann, M. & Walter, M. (2014). Sucht und komorbide Störungen. *SuchtMagazin*, 40 (1), 4–7. <https://doi.org/10.5169/seals-800079>

Schäfer, I. (2017). Zusammenhänge zwischen Gewalt und Suchtentwicklung. In *Niedersächsischen Ministerium für Soziales, & Gesundheit und Gleichstellung (Hrsg.) (2018). Dokumentation der 27. Niedersächsischen Suchtkonferenz 11/2017. Traumata und Sucht. Sicherheit finden–Sucht als Bewältigungsstrategie erlebter Traumata. Berichte zur Suchtkrankenhilfe 2017 (S. 18–22). [Bericht]*.

Schauer, M. (Diskussionsteilnehmerin). (2024, 6. Oktober). Wie lässt sich der Kreislauf von Trauma und Gewalt durchbrechen? In B. Bleisch (Moderatorin), *Sternstunde Philosophie* [Fernsehsendung]. SRF Schweizer Radio und Fernsehen. <https://www.srf.ch/play/tv/sternstunde-philosophie/video/wie-laesst-sich-der-kreislauf-von-trauma-und-gewalt-durchbrechen?urn=urn:srf:video:125315ee-1b59-47c9-89b6-7a03f2214887>

Schecke, H. (2024). Diagnostik in der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe. In D. Deimel, D. Moesgen & H. Schecke (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch* (S. 254 – 267). Psychiatrie Verlag.

Scherwath, C. & Friedrich, S. (2020). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung* (4. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag.

Selbsthilfe Schweiz (Hrsg.). (2021). *Gemeinschaftliche Selbsthilfe*. [Broschüre].

Selbsthilfe Zürich (o. J.). *Was ist Selbsthilfe?. Selbsthilfegruppen*.

<https://www.selbsthilfezuerich.ch/shzh/de/was-ist>

[Selbsthilfe/selbsthilfegruppen.html](https://www.selbsthilfezuerich.ch/shzh/de/was-ist/Selbsthilfe/selbsthilfegruppen.html)

Slutzki, C. (2016). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In In T.

Hegemann, S. Ramazan und S. Colijn (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie* (S.

108–123). Psychiatrie-Verlag GmbH.

Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rügger, C., & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Springer VS.

Spode, H. (1993). *Die Macht der Trunkenheit: Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland*. Opladen.

Stadler, C. (2013). Posttraumatische Belastungsstörung und Suchterkrankung. Doppeldiagnose, Komorbidität und Behandlungsimplicationen. In S. Kern & S. Spitzer-Prochazka (Hrsg.), *Das Drama der Abhängigkeit. Eine Begegnung in 16 Szenen*, *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 2012 (4), 73–90.

Tagay, S., Schlottbohm, E. & Lindner, M. (2016). *Posttraumatische Belastungsstörung. Diagnostik, Therapie und Prävention*. Kohlhammer.

*Trauma und Sucht*. (o. J.). *Traumasesensible Behandlung*. <http://www.trauma-und-sucht.de/informationen-fuer-therapeuten/traumasensible-behandlung/>

van Merendonk, S. (2020). *Motivierende Gesprächsführung kompakt. Arbeitshilfen für Therapie und Beratung*. Lambertus.

Warschburger, P. (Hrsg.). (2009). *Beratungspsychologie*. Springer Berlin Heidelberg.

[https://doi.org/10.1007/978-3-540-79044-0\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-540-79044-0_4)

Weigl, T., & Mikutta, J. (2019). Wesentliche Prozesse der Motivierenden Gesprächsführung. In T. Weigl & J. Mikutta (Hrsg.), *Motivierende Gesprächsführung: Eine Einführung* (S. 17–32). Springer Fachmedien Wiesbaden.

[https://doi.org/10.1007/978-3-658-24481-1\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-658-24481-1_5)

Widulle, W. (2020). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen* (3. Aufl.). Springer VS.

## Anhang A: Verwendung KI-gestützter Tools

Kapitel, Seite, Textpassage	Funktion / Aktion	Prompt
I Abstract, S. 2, von, bis «Obwohl beide Krankheitsbilder (...) soziale Versorgungssystem»	Eigener Text gekürzt und übernommen aus ChatGPT, Version 4.0 (30.12.24)	«Bitte kürze diesen Text auf maximal 1'500 Zeichen ohne Leerschläge, ohne dass der Inhalt des Textes verändert wird» validiert
1. Einleitung. S. 7, ab «Die Ausgangslage der vorliegenden Bachelorarbeit (...)»	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und modifiziert, Version 4.0 (15.12.24)	«Bringe diese Fakten in eine sinnvolle Reihenfolge und verbessere ihn» validiert
1.1 Motivation, S. 9–10, ab «Auch in den Rechercheportalen (...)»	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen leicht modifiziert, Version 4.0 (1.12.24)	«Bringe diesen Text in eine logische Reihenfolge und verbessere ihn» validiert
1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit, S. 11, ab «Wie bereits hinsichtlich der Ausgangslage (...)»	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und leicht modifiziert, Version 4.0 (1.12.24)	«Bringe diesen Text in eine logische Reihenfolge und verbessere ihn» validiert
1.5 Abgrenzung, S. 12–14	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und stetig erweitert, Version 4.0 (23.11.24)	«Bringe diesen Text in eine sinnvolle Auflistung» validiert
2. Die Dualdiagnose Substanzabhängigkeit und posttraumatische Belastungsstörung, S. 14	Übernommen aus ChatGPT und stark modifiziert, Version 4.0 (01.12.24)	«Generiere eine Einleitung für den nachfolgenden Text» validiert
2.1 Die Begrifflichkeit der Dualdiagnose, S. 14, ab «Der Begriff der Dualdiagnose (...)»	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und leicht modifiziert, Version 4.0 (16.09.24)	«Generiere einen zusammenhängenden Text mit sinnvoller Reihenfolge aus den untenstehenden Definitionen» Validiert
2.1 Die Begrifflichkeit der Dualdiagnose, S. 15, ab	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen	«Generiere einen zusammenhängenden Text mit

«Der Auslöser für eine PTBS (...)»	und leicht modifiziert, Version 4.0 (16.09.24)	sinnvoller Reihenfolge aus den untenstehenden Definitionen» validiert
2.1 Die Begrifflichkeit der Dualdiagnose, S. 16, ab «Betroffene reagieren schreckhaft (...)»	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und leicht modifiziert, Version 4.0 (16.09.24)	«Generiere einen zusammenhängenden Text mit sinnvoller Reihenfolge aus den untenstehenden Definitionen» validiert
2.1 Die Begrifflichkeit der Dualdiagnose, S. 17, ab «Der Begriff der Dualdiagnose (...)»	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und leicht modifiziert, Version 4.0 (16.09.24)	«Schreibe diesen Satz um in akademischer Sprache» validiert
2.4 Zusammenfassung, Zwischenfazit und Überleitung, S. 27	Übernommen aus Chat GPT und leicht modifiziert, Version 4.0 (07.12.24)	«Schreibe eine Zusammenfassung» validiert
3.5 Zusammenfassung, Zwischenfazit und Überleitung, S. 35	Übernommen aus Chat-GPT und leicht modifiziert, Version 4.0 (07.12.24)	«Schreibe eine Zusammenfassung» validiert
4. Die Rolle der Sozialarbeit in Bezug auf Menschen mit Dualdiagnose, S. 35	Übernommen aus Chat-GPT und leicht modifiziert, Version 4.0 (07.12.24)	«Schreibe eine Einleitung für den nachfolgenden Text» validiert
4.3.1 Soziale Arbeit, S. 37, ab «Die Handlungsprinzipien der Sozialen Arbeit (...)»	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und leicht modifiziert, Version 4.0 (16.12.24)	«Schreibe diesen Text in akademische Sprache um» validiert
4.3.2 Sozialarbeit, S. 38, ab «Laging (2008) hebt hervor (...)»	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und leicht modifiziert, Version 4.0 (16.12.24)	«Schreibe diesen Text in akademische Sprache um» validiert
4.4.1 Unterscheidung: Psychosoziale Beratung und Therapie, S. 39, ab «Laut	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen	«Schreibe diesen Text um in akademische Sprache» validiert

Warschburger (2009) liegt der Schwerpunkt (...)»	und leicht modifiziert, Version 4.0 (17.12.24)	
4.4.2 Soziale Diagnostik, S. 40, ab «Soziale Diagnostik ist ein wesentlicher Bestandteil (...)»	Übernommen aus ChatGPT und leicht modifiziert, Version 4.0 (28.09.24)	«Bitte erkläre, was soziale Diagnostik in der Sozialen Arbeit bedeutet»; Aussagen validiert und mit Literaturquellen belegt
4.4.5 Interprofessionelle Zusammenarbeit, S. 44, ab «Abderhalden et al. (...)»	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und leicht modifiziert, Version 4.0 (23.10.24)	«Schreibe diesen Text um in akademische Sprache»; validiert
4.5 Selbsthilfe, S. 45, ab «Die Treffen der Gruppe finden regelmässig statt (...)»	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und leicht modifiziert, Version 4.0 (29.11.24)	«Bitte verändere diesen Satz in akademische Sprache» validiert
4.6 Zusammenfassung, Zwischenfazit und Überleitung, S. 46–47	Übernommen aus ChatGPT und leicht modifiziert, Version 4.0 (07.12.24)	«Schreibe eine Zusammenfassung» validiert
5.1 Transtheoretisches Modell der Veränderungsbereitschaft, S. 48, ab «Ende der 70er (...)»	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und modifiziert, Version 4.0 (11.11.24)	«Verbessere diesen Text und schreibe ihn in akademische Sprache um» validiert
5.2.4 Motivierende Gesprächsführung in Bezug auf eine Dualdiagnose, S. 56, ab «Menschen mit einer Dualdiagnose sind oft mit Kontrollverlust (...)»	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und modifiziert, Version 4.0 (16.11.24)	«Verbessere diesen Text und schreibe ihn in akademischem Stil um» validiert
5.2.4 Motivierende Gesprächsführung in Bezug auf eine Dualdiagnose, S. 57, ab «Die Klient*innen bestimmen selbst, welche Verhaltensänderungen (...)»	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und modifiziert, Version 4.0 (16.11.24)	«Verbessere diesen Text und schreibe ihn in akademischem Stil um» validiert

5.2.5 Motivierende Gesprächsführung am Beispiel von Kriegsveteran*innen, S. 58, ab «Die Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung bei Kriegsveteran*innen (...)	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und stark modifiziert, Version 4.0 (16.11.24)	«Verbessere diesen Text und schreibe ihn in akademischem Stil um» validiert
5.3.1 Traumasensible Haltung, S. 59, ab «Gemäss der Bundesarbeitsgemeinschaft (...)	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und leicht modifiziert, Version 4.0 (16.11.24)	«Bringe den Text in eine sinnvolle Auflistung und kürze ihn auf das Nötigste, ohne den Inhalt zu verändern» Validiert
5.3.3 Traumabezogene Interventionen, S. 60–61, ab «Psychoedukation beinhaltet die Vermittlung (...)	Eigener Text bearbeitet mit ChatGPT, übernommen und leicht modifiziert, Version 4.0 (12.11.24)	«Schreibe diesen Satz in akademische Sprache um» validiert
5.4 Zusammenfassung, Zwischenfazit und Überleitung, S. 62	Übernommen aus ChatGPT und leicht modifiziert, Version 4.0 (07.12.24)	«Schreibe eine Zusammenfassung»
6. Fazit, S. 62–64, ab «In der vorliegenden Bachelorarbeit (...)	Übernommen aus ChatGPT und modifiziert, Version 4.0 (08.12.24)	«Generiere eine Zusammenfassung und ein Fazit mit maximal 2'500 Zeichen ohne Leerschläge»
6.1.1 Doppelte Belastung für Klient*innen mit Dualdiagnose, S. 64–65	Übernommen aus ChatGPT und modifiziert, Version 4.0 (18.12.24)	«Generiere einen Text mit der Beantwortung der 1. Teilfrage, nutze ca. 2'500 Zeichen ohne Leerschläge»