

Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit
Beratung von Menschen mit der Doppeldiagnose
Schizophrenie und Substanzabhängigkeit



Cheryl Glanzmann
Januar 2017

**Bachelor-Arbeit
Sozialarbeit
VZ 2013-2017**

Cheryl Glanzmann

**Beratung von Menschen mit der Doppeldiagnose
Schizophrenie und Substanzabhängigkeit**

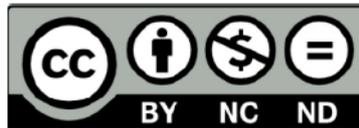
Diese Bachelor-Arbeit wurde im Januar 2017 in 3 Exemplaren eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

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

Reg. Nr.:

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



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

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.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

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>

Vorwort der Schulleitung

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 zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

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

Ihre 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 Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2017

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Vorwort

Da ich die lange Version der Arbeit gewählt habe, hatte ich genügend Zeit um diese Arbeit zu schreiben. Ich konnte mir einige Zeit Urlaub nehmen und im Sommer auch stressfrei meine neue Arbeitsstelle antreten. Das Thema interessierte mich immer sehr und deshalb hatte ich kein Problem damit, mich über eine so lange Zeit damit auseinanderzusetzen. Aufgrund meiner vorherigen Arbeitsstelle im Drop-in Luzern war es mir ein persönliches Anliegen, mich in dieser Thematik weiter einzuarbeiten. Das Leben von Menschen mit der Doppeldiagnose interessierte mich schon immer und schien eine grosse Herausforderung zu sein. Das alles wäre jedoch nicht möglich gewesen ohne Unterstützung aus meinem Umfeld. An dieser Stelle möchte ich deshalb ein paar Danksagungen an all diejenigen anbringen, die mich in der Zeit der Bachelor-Arbeit unterstützt haben.

Ein grosses Dankeschön spreche ich meiner Familie und meinem Freund aus, welche mich in dieser Zeit unterstützt und mir immer wieder Mut zugesprochen haben. Sie mussten in dieser Zeit auf vieles verzichten und den Druck aushalten. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich geworden. Ein weiterer Dank geht an meine Dozentinnen Elke Brusa und Suzanne Lischer, welche mich in Gesprächen sowie auch im Unterricht immer wieder mit Ideen und Unterlagen unterstützt hat. Durch ihr Modul und ihr grosses Wissen waren sie eine tolle Inspiration und Quelle des Wissens für mich. Zudem geht ein grosses Lob und eine Danksagung an meine Korrektorinnen, welche viel Mühe und Zeit in diese Arbeit investiert haben um die Korrekturen termingerecht anzubringen.

Auf dem Titelblatt befindet sich ein Bild des doppelköpfigen Gottes Janus aus der römischen Mythologie. Es symbolisiert die Dualität der ewigen Gesetze wie Licht/Dunkelheit, Zukunft/Vergangenheit, Links/Rechts usw. Alles Göttliche hat nach ihm einen Gegenspieler. Beide Seiten der Dualität entziehen sich dabei einer objektiven Wertung und sind weder gut noch schlecht. Das Bild lädt uns ein, über die Dualität der beiden Krankheiten im Menschen nachzudenken und beide Spieler anzuerkennen.

Abstract

In dieser Arbeit möchte die Autorin Cheryl Glanzmann aufzeigen, wie Professionelle der Sozialen Arbeit anhand ihrer Wissens- und Handlungskompetenzen Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit unterstützen können. Dabei liegt der Fokus vor allem auf der ambulanten Einzelberatung und auf den Klientel, welche die beiden Krankheiten bereits mehrere Jahre mit sich tragen und dementsprechend schon einige Therapien besucht haben. Die Suchttherapie und die Psychosebehandlung haben in der Psychotherapie und in der Medizin meist gegensätzliche Grundprinzipien. Deshalb möchte die Autorin herausfinden, welche Wissens- und Handlungskompetenzen der Sozialen Arbeit helfen den Menschen welche beide Diagnosen mitbringen. Die Soziale Arbeit kann mit ihren flexiblen Beratungsmöglichkeiten, Grundhaltungen, lösungsorientierten und systemischen Arbeiten gute Zugänge und Hilfen für Menschen mit dieser Doppeldiagnose erstellen. Mit der Ansicht der Lebensweltorientierung hebt sie sich von anderen Disziplinen in ihrer Unterstützung ab und fokussiert die Ressourcen der Ratsuchenden. Die Autorin zeigt anhand der Beratungsmethodik nach Esther Weber (2012) wie eine solche Beratung ablaufen könnte. Dabei ist eine abgewandelte Form der Motivierenden Gesprächsführung als Methode bestens geeignet.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
Inhaltsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	6
1 Einleitung	7
1.1 Ausgangslage und Stand des Wissens.....	7
1.2 Berufsrelevanz und Motivation	8
1.3 Fragestellung	9
1.4 Begrifflichkeiten	9
1.5 Ziel der Arbeit	10
1.6 Aufbau der Arbeit	10
2 Substanzabhängigkeit	11
2.1 Begriffserklärung	11
2.2 Klassifikation	12
2.3 Entstehung, Ursachen und Verlauf	13
3 Schizophrenie	15
3.1 Begriffserklärung	15
3.2 Klassifikation und Symptome	16
3.3 Entstehung, Ursachen und Verlauf	19
4 Komorbidität	22
4.1 Begriffserklärung	22
4.2 Klassifikation einer Komorbidität.....	22
4.3 Entstehung, Ursachen und Wechselwirkungen.....	22
4.4 Drei Typen von Komorbiditätsmodellen bei Doppeldiagnosen.....	25
4.5 Verlauf	28
4.6 Psychosoziale Auswirkungen	28
4.6.1 Schlussfazit zur Komorbidität.....	29
5 Behandlungsmöglichkeiten	30
5.1 Parallele oder sequenzielle Behandlung	31
5.2 Integrative Behandlung.....	31
5.3 Setting	31
5.4 Abstinenzorientierung.....	33
5.5 Gruppenorientierte oder individuelle Therapie.....	34
6 Beratung	35
6.1 Definition Gesprächsmethodik in der Sozialen Arbeit	35
6.2 Klinische Sozialarbeit.....	35
6.3 Das Beratungsgespräch	37
6.3.1 Lösungsorientierte Fragen.....	38
6.3.2 Systemisch arbeiten	39
6.3.3 Lebensweltorientierung / Mensch in Umwelt	40
6.3.4 Ressourcenorientierung.....	40
6.3.5 Empowerment und Recovery	42
6.4 Zirkulärer Problemlösungsprozess nach Weber	43
6.4.1 Klärung der Ausgangslage	43
6.4.2 Hypothesenbildung	45
6.4.3 Zielformulierung.....	46
6.4.4 Intervention.....	46
6.4.5 Evaluation.....	52
6.5 Motivierende Gesprächsführung	52

7 Schlussfolgerung	58
7.1 Beantwortung der Fragestellung	58
7.2 Ausblick	59
8 Literaturverzeichnis	60

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: 5-Faktoren-Modell zur Suchtentstehung.....	13
Abbildung 2: Drei-Phasenmodell der Entwicklung von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis.....	20
Abbildung 3: Drei Typen von Komorbiditätsmodellen bei Doppeldiagnosen.....	25
Abbildung 4: Selbstmedikationshypothese bei Menschen mit Psychosen.....	26
Abbildung 5: Drei Typen von Komorbiditätsmodellen bei Doppeldiagnosen.....	27
Abbildung 6: Drei Typen von Komorbiditätsmodellen bei Doppeldiagnosen.....	27
Abbildung 7: Das bio-psycho-soziale-Modell.....	36
Abbildung 8: Zirkulärer Problemlösungsprozess nach Weber.....	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Therapeutische Grundhaltungen in der Suchttherapie und Psychosebehandlung.....	30
Tabelle 2: Settings in der Klinischen Sozialarbeit.....	32

1 Einleitung

In diesem Kapitel werden die Ausgangslage, der Stand des Wissens und die Motivation für diese Bachelor-Arbeit dargestellt. Es werden erste Begrifflichkeiten erklärt und thematische Abgrenzungen erläutert. Das Ziel der Autorin ist transparent gemacht und die Fragestellung für diese Bachelor-Arbeit ist ersichtlich. Die einzelnen Kapitel werden kurz erläutert.

1.1 Ausgangslage und Stand des Wissens

Gemäss dem aktuellen Suchtmonitoring des Bundesamtes für Gesundheit (BAG, 2016) konsumierten in der Schweiz im Jahr 2014 knapp 6,8% der Bevölkerung illegale Substanzen. Weiter zeigt das BAG (2015) auf, dass knapp 17% der Schweizer Bevölkerung an einer oder mehreren psychischen Erkrankungen leiden. Psychische Krankheiten gehören zu den einschränkendsten und häufigsten Krankheiten. Sie wirken sich auf alle Lebensbereiche aus und können zu grossen Beeinträchtigungen führen (S. 5). Das gleichzeitige Vorliegen von mehr als einer Erkrankung (Komorbidität) ist bei psychischen Erkrankungen häufig. Solche Komorbiditäten haben sowohl Auswirkungen auf die betroffenen Personen als auch auf deren Umfeld. Häufige Auswirkungen sind eine verminderte Lebensqualität, Invalidität, Stigmatisierung, Falschbehandlungen und Suizidversuche (S. 18).

In dieser Arbeit wird der Begriff der Komorbidität als das gleichzeitige Auftreten mindestens einer psychischen Krankheit und einer Substanzabhängigkeit verwendet. Laut Franz Moggi und Ruth Donati (2004), an welchen sich die Autorin dieser Arbeit stark orientiert, erweckte das häufige Auftreten von Doppeldiagnosen in den letzten Jahren immer mehr Interesse in der Wissenschaft und der klinischen Psychiatrie und rückt somit auch in den Fokus der Klinischen Sozialarbeit. So sehen sich Sozialarbeitende vermehrt mit Klientel konfrontiert, die sowohl eine Substanzstörung als auch eine psychische Erkrankung aufweisen (S. 1). Auch Ute Seidel (2009) bestätigt, dass dieser Personenkreis inzwischen mehr die Regel als die Ausnahme darstellt. In der Beratung und Unterstützung dieser Klientel ergeben sich vielfältige Probleme, welche aus unterschiedlichen Ansätzen der Suchthilfe und fehlenden konkreten Behandlungsrichtlinien resultieren (S. 5). Die Zusammenhänge zwischen Sucht und einer psychischen Störung sind laut Marc Walter und Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (2014) sehr komplex und es erscheint von grosser Wichtigkeit, dass die Diagnosen korrekt diagnostiziert sind und seitens der Sozialarbeitenden ein Wissen über die Störungsbilder vorhanden sein muss. Es braucht komplexere Behandlungsangebote wenn eine Komorbidität vorliegt. Dafür wurden in den letzten Jahren verschiedene Behandlungskonzepte entwickelt (S. 9). Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit gelten als besonders schwer behandelbar (S. 82). Gemäss Moggi und Donati (2004) zeichnet sich diese Komorbidität unter anderem durch eine hohe Rückfallquote und somit einen hohen Kostenaufwand, begrenzte Bereitschaft zur Mitarbeit, oftmals fehlende Abstinenzmotivation, eine Tendenz zur Chronifizierung der Erkrankungen, vermehrtes Abgleiten in die Obdachlosigkeit und eine deutlich erhöhte Suizidrate aus. Dies alles deutet auf eine eingeschränkte Lebensqualität der Betroffenen hin (S. 2).

Ziel dieser Arbeit ist die umfassende Darstellung des Phänomens der Komorbidität mit dem Fokus auf die Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit und die Erarbeitung der sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Praxis der Sozialarbeit. Es wurde seitens der Medizin und der Psychotherapie viel über die Entstehung und Behandlung von Menschen mit Komorbidität geschrieben und erforscht. Die Soziale Arbeit aber sieht sich in der Alltagsbewältigung solcher Menschen immer wieder mit Schwierigkeiten konfrontiert. Es braucht daher geeignete Handlungsanleitungen für Sozialarbeitende um Betroffene richtig zu unterstützen. Der Fokus liegt dabei auf Wissens- und Handlungskompetenzen welche Sozialarbeitende anwenden können. Ein Schwerpunkt wird auf das Beratungssetting von Einzelpersonen gelegt. Auf pädagogische Interventionen, Gruppentherapien, Angehörigenarbeit und aufsuchende Soziale Arbeit wird nicht näher eingegangen, obwohl dies auch Zugänge und Hilfen für Menschen mit Doppeldiagnosen sein können. Auch Themen wie gesetzliche Grundlagen, soziale Sicherung und Finanzierung in der Klinischen Sozialarbeit werden nicht erwähnt. Es geht prinzipiell darum, Handlungsanleitungen in Gesprächssituationen aufzuzeigen welche mit dem ganzen Wissen und Handlungskompetenzen der Sozialen Arbeit anwendbar sind. Ethische Themen werden sicherlich in einigen Kapiteln angeschnitten, da sie immer mit der Grundhaltung der Sozialen Arbeit verknüpft sind. Weiter wird die Autorin aber nicht auf dieses Thema eingehen.

1.2 Berufsrelevanz und Motivation

Aufgrund der steigenden Zahl von drogenkonsumierenden und an Schizophrenie erkrankten Menschen wird die Zahl von hilfesuchenden Betroffenen ansteigen. Die Soziale Arbeit wird sich vermehrt mit psychischen Krankheiten und vor allem mit komorbid erkrankten Menschen auseinandersetzen müssen.

Die Autorin arbeitete während dem Studium in einer ambulanten Beratungsstelle für Drogenabhängige. Sie beriet einige Klientinnen und Klienten welche neben ihrer Substanzabhängigkeit auch noch eine diagnostizierte Schizophrenie mitbrachten. Immer wieder zeigten sich Grenzen in der Beratung von Menschen mit dieser Doppeldiagnose. Eine spürbare Unsicherheit seitens der Autorin und Unnahbarkeit der Klientel veranlasste sie, sich vermehrt mit dieser Thematik zu beschäftigen. Oft fiel es ihr schwer, Zugang zu den Menschen zu finden und die Frage, wie denn eine gute Beratung und Unterstützung möglich sein könnte, stellte sich immer mehr. Es fehlten Methoden und die Handlungsansätze, welche angewendet werden können. Durch Unwissen der Sozialen Arbeit kann es vorkommen, dass dann nicht richtig beraten wird oder die Klientel von einer Beratungsstelle zur nächsten geschickt werden, weil die Beratungsstellen meist nur auf Sucht oder nur auf psychische Krankheiten spezialisiert sind. Deshalb hatte die Autorin das grosse Interesse, sich mit dieser Arbeit in dieser Thematik zu vertiefen, die Klientel zu verstehen und daraus geeignete Handlungsansätze zu erarbeiten.

Die Beratung als Schlüsselkompetenz im Berufsfeld der Sozialarbeitenden sieht die Autorin als wichtigster Zugang zu den Klientel an. Aus diesem Grund scheint es wichtig zu diesem Thema eine

Bachelor-Arbeit zu schreiben.

Durch die Arbeit auf der Suchtberatungsstelle sowie durch besuchte Module wie „Sucht und institutionelle Vernetzung“ oder „Soziale Arbeit und psychische Gesundheit“ an der Fachhochschule Soziale Arbeit HSLU war bereits ein Vorwissen da und das Interesse an diesem Thema.

Die vorliegende Arbeit ist eine Einzel-Literaturarbeit. Die Autorin hat sich zum einen dazu entschieden, weil es genügend Literatur gibt um die Frage zu beantworten und zum anderen, die Zeit neben einem 80%-Arbeitspensum selbständig einteilen zu können.

1.3 Fragestellung

Aufgrund der Ausgangslage und der Motivation der Autorin lässt sie sich von folgender Fragestellung in dieser Bachelor-Arbeit leiten:

Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit anhand ihrer Wissens- und Handlungskompetenzen Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit unterstützen?

1.4 Begrifflichkeiten

Mit welchem Menschenbild sollen Sozialarbeitende auf ihr Klientel zugehen? Welche Werte liegen diesem Menschenbild zugrunde? Welches Fachwissen und welche Leitideen und Vorgehensweisen können Sozialarbeitende anwenden um Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit zu helfen? Welche Methoden und Interventionen dienen einer fachgerechten Beratung? AvenirSocial (2010) hat mit der Erarbeitung des Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz ein Werk geschaffen, in welchem die Grundlagen des beruflichen Handelns der Professionellen der Sozialen Arbeit festgehalten sind. Dieses Fachwissen baut auf der Grundhaltung auf, dass alle Menschen ein Anrecht auf die Befriedigung existenzieller Bedürfnisse, Integrität und Integration in ein soziales Umfeld haben. Menschen sind verpflichtet sich gegenseitig bei der Verwirklichung dieser Anrechte zu helfen. Die Soziale Arbeit vertritt ein Menschenbild, indem die Grundvoraussetzungen für ein erfülltes Leben gegenseitiger Respekt und Anerkennung sind und eine gerechte Kooperation der Menschen untereinander und eine gerechte Sozialstruktur beinhalten. Soziale Arbeit zielt darauf ab, dass sich Menschen gegenseitig unterstützen und wirkt im sozialen Umfeld sowie in der sozialen Integration. Es gilt vor allem Menschen zu unterstützen, welchen der Zugang zur Teilhabe an der Gesellschaft erschwert ist. Sozialarbeitende begleiten, betreuen oder schützen Menschen in Notlagen und fördern einen autonomen Lebensstil. Die dabei verwendeten Vorgehensweisen, Methoden und Interventionen begründet die Soziale Arbeit fachlich und wissenschaftlich fundiert im interdisziplinären Kontext und Deutung ihrer gesellschaftlichen Funktion (S. 6). Sozialarbeitende fördern Problemlösungen um das Wohlbefinden der einzelnen zu verbessern. Dabei sind Theorien von menschlichem Verhalten und sozialen Systemen zentral. Die Soziale Arbeit respektiert dabei die Menschenwürde und folgt dem Grundsatz der Gleichbehandlung aller Menschen ungeachtet ihres

Geschlechts, ihrer Herkunft oder ihrer individuellen Besonderheiten. Die Grundsätze der Selbstbestimmung und der Ermächtigung zum selbständigen Entscheiden sind wichtige Pfeiler, genauso wie die Hilfe zur Partizipation und Integration (S. 8-11). Die Autorin versteht unter dem Begriff *Wissenskompetenzen* also Grundhaltung, Menschenbild und Wissen über die Krankheiten. Mit *Handlungskompetenzen* sind Kompetenzen in den Methoden, Vorgehensweisen und Interventionen der Sozialen Arbeit gemeint, welche sich gut für die Beratung von Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit eignen. Die spezifischen Grundlagen werden im Kapitel fünf erläutert.

1.5 Ziel der Arbeit

Die Autorin verfolgt mit dieser Arbeit das Ziel, Sozialarbeitende auf das Thema der immer häufiger werdenden Thematik der Doppeldiagnose aufmerksam zu machen und zu sensibilisieren. Diese Arbeit soll der Leserschaft ein Grundlagenwissen über das psychiatrische Krankheitsbild der Schizophrenie sowie über die Substanzabhängigkeit geben und die Wechselwirkung der Symptome erklären. Die Arbeit soll aufzeigen, welche Methoden, Interventionen und Handlungsweisen Sozialarbeitende anwenden können um mit ihren Fachkenntnissen Menschen mit dieser Doppeldiagnose adäquat zu unterstützen. Zudem soll ein zentrales Element auf die ambulante Einzelberatungssituation gelegt werden, welche sich mit dieser Klientel anbietet.

1.6 Aufbau der Arbeit

Das zweite Kapitel erklärt die Begrifflichkeit der Substanzabhängigkeit, während das dritte Kapitel sich mit der Schizophrenie und derer Entstehung und Verlauf befasst. Auf dem Grundwissen dieser beiden Kapitel begründet sich das Kapitel vier, welches die Entstehung, den Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten einer solchen Doppeldiagnose aufzeigt. Die im fünften Kapitel bearbeiteten Behandlungsmöglichkeiten beschreiben grundlegende Fragen der integrativen Behandlung, Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungssettings, die Frage nach der nötigen Abstinenz und die Gruppen- und Einzeltherapie. In Kapitel sechs wird die Beratungspraxis der Sozialen Arbeit erläutert und einige Methoden und Handlungsansätze abgeleitet, welche sich besonders für Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit eignen, mit dem Fokus auf die ambulante Einzelberatung. Anhand des zirkulären Problemlösungsprozesses wird erläutert, wie eine solche Beratung aussehen könnte. Speziell wird die Methode der Motivierenden Gesprächsführung, angepasst auf die Doppeldiagnose, erklärt. Die Beantwortung der Fragestellung setzt die Erkenntnisse aus den vorherigen Kapitel in Zusammenhang mit der sozialarbeiterischen Beratungspraxis voraus. Nach Ansicht der Autorin und nach ausgewählter Literaturrecherche lassen sich die aufgeführten Wissens- und Handlungskompetenzen im Besonderen für die Beratung von Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit anwenden.

Mit der Beantwortung der Fragestellung schliesst diese Bachelor-Arbeit ab.

2 Substanzabhängigkeit

2.1 Begriffserklärung

Nach Hans-Jürgen Möller (Möller, 1996; zit. in Seydel, 2009) wurde der Begriff der *Sucht* von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem Begriff der *Abhängigkeit* ersetzt. Dadurch wurde der eher unscharfe Begriff *Sucht* in die Umgangssprache übernommen. In dieser Arbeit werden beide Begriffe gleichgesetzt (S. 9). Laut Michael Krausz und Christian Haasen (2004) sind die Begriffe *Sucht* und *Missbrauch* zentral, wenn man über Abhängigkeiten von psychoaktiven Substanzen spricht. Die Begriffe können nicht immer scharf getrennt werden. Fest steht, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen nicht unbedingt gleichzusetzen ist mit einer Abhängigkeit.

In dieser Arbeit werden nur die stoffgebundenen Substanzen und deren Abhängigkeit bearbeitet. Nach Ulrich Waldemar (2000) können diese Substanzen in harte und weiche Drogen unterschieden werden. Unter harten Drogen versteht er Substanzen wie Heroin, Morphin, Kokain, Methadon, Amphetamine, Meskalin, LSD und Psylocybin, um nur einige zu nennen. Unter weichen Drogen versteht er Substanzen wie Haschisch, Cocablätter, Tabak, Cannabis, Alkohol, Codein und Medikamente. Alle diese Substanzen weisen verschiedene Suchtpotenziale auf und werden im Kapitel vier genauer beschrieben (S. 43).

Beim Begriff *Substanzabhängigkeit* handelt es sich laut Krausz und Haasen (2004) um unterschiedliche Formen der Abhängigkeit. Gemeinsam ist aber jedem Abhängigkeitssyndrom das starke Verlangen nach dem Konsum der psychoaktiven Substanz (Craving). Laut Felix Tretter und Angelica Müller (2001) verspüren Abhängige bei einer psychischen Abhängigkeit eine Art übermächtigen Wunsch nach dem Stoff. Die Abhängigkeit zeigt sich auch in sozialen Folgen. Der Versuch und die Bereitschaft die Substanz um jeden Preis zu beschaffen, treibt viele Abhängige in die Prostitution oder zu kriminellen Handlungen (S. 22). Werner Gross (1992) beschreibt, dass sich ein Verlust über die Kontrolle des Substanzmittelkonsums beobachten lässt. Jede Situation wird dazu genutzt, die Substanz zu konsumieren. Sei es um ein Lusterlebnis zu verspüren oder einer unangenehmen Situation zu entfliehen (S. 11). Bei einer körperlichen Abhängigkeit liegt meist eine Toleranzentwicklung vor. Darunter verstehen Krausz und Haasen (2004) eine Abnahme der Sensitivität für die Wirkung einer Substanz nach wiederholter Einnahme. Das macht eine Dosiserhöhung notwendig. Nach dem Absetzen der Substanz treten Entzugserscheinungen auf. Dies ist durch ein intensiviertes Drogenverlangen charakterisiert und zeigt Symptome wie Übelkeit, Schlafstörungen oder vegetative Beschwerden (S. 13). Gross (1992) zeigt auf, dass die Krankheit eine Eigendynamik entwickelt. Alles Denken und Handeln dient der Beschaffung der Droge und der Vertuschung der Krankheit. Eine soziale Abwärtsspirale beginnt. Meist zeigen sich negative Folgen in straffälligen Verhalten, Problemen am Arbeitsplatz, soziale Beziehungen werden vernachlässigt oder es entstehen Schulden

(S. 14). Marianne Bosshard, Ursula Ebert und Horst Lazarus (2013) erklären, dass mit fortschreitender Dauer der Abhängigkeitserkrankung und Gewöhnung an die Substanz meist noch andere Substanzen konsumiert werden um den gewünschten berauschenden Zustand zu erreichen. Diese Mehrfachabhängigkeit nennt man Polytoxikomanie (S. 315). Je nach Finanzlage, Befindlichkeit und Verfügbarkeit wird in allen möglichen Mischungen konsumiert und zusätzlich noch Alkohol getrunken. So entstehen unvorhergesehene Wechselwirkungen und Überlagerungen verschiedener Entzugssymptome, was sehr gefährlich sein kann (S. 322). Auffallend ist, dass seit 2008 zunehmend mehr Konsumierende Mehrfachabhängigkeiten entwickeln. Hierbei ist die Zahl der Drogentoten zwar gefallen, der Anteil der weiblichen Drogenkonsumierenden ist aber gestiegen (S. 315-316). Studien haben ergeben, dass ein Drittel der Drogenkonsumierenden die Abstinenz oder einen kontrollierten Gebrauch erreicht. Bei einem Drittel gelingt eine stabile Abstinenz ausserhalb von Institutionen nicht (S. 322). So kann von einer Legitimierung der Sozialen Arbeit im Suchtmittelbereich gesprochen werden.

2.2 Klassifikation

Die Internationalen Klassifikationsmanuale „Diagnostisches und Statistisches Manual Psychiatrischer Störungen“ (DSM-5) und „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) bestimmen heute die Definition *Abhängigkeit* von verschiedenen Substanzen. Beide Klassifikationssysteme definieren substanzgebundene Abhängigkeit als *Abhängigkeitssyndrom* (ICD-10) beziehungsweise als *Sucht und zugehörige Störung* (DSM-5). Besonders wichtig bei einer Abhängigkeit erscheinen hier das Verlangen nach dem Suchtmittel sowie die eingeschränkte Kontrolle über das Suchtverhalten, welches trotz negativer Konsequenzen fortgesetzt wird.

In der gängigen Praxis in der Schweiz wird der ICD-10 zur Definition von Substanzabhängigkeiten benutzt. Deshalb werden in diesem Kapitel nur die Definitionen des ICD-10 erläutert. Um ein Abhängigkeitssyndrom zu diagnostizieren geben Horst Dilling, Werner Mombour und Martin H. Schmidt im ICD-10 (2015) Leitlinien vor. In einem Zeitraum von zwölf Monaten müssen mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Starker Wunsch oder Zwang psychotrope Substanzen zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich dem Beginn, der Menge und der Beendigung des Konsums
- Körperliches Entzugssyndrom bei Reduktion oder Beendigung des Konsums
- Toleranzentwicklung: Die erwünschte Wirkung wird nur noch über Dosissteigerung erreicht
- Vernachlässigung anderer Interessen oder Vergnügen zugunsten des Substanzkonsums
- Erhöhter Zeitaufwand um die Substanz zu beschaffen, sie zu konsumieren und sich von deren Folgen zu erholen
- Andauernder Substanzkonsum trotz Nachweis schädlicher Folgen (S. 115)

2.3 Entstehung, Ursachen und Verlauf

In den letzten Jahren wurden in der Fachwelt viele Konzepte zur Abhängigkeit erarbeitet und es hat sich ein breites Verständnis dafür entwickelt. Im aktuellen Diskurs wird das multifaktorielle Ursachenmodell am häufigsten zur Erklärung von Substanzabhängigkeiten herangezogen.

Das Multifaktorielle Ursachenmodell

Tretter (2000) erklärt, dass die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen nach dem „biopsychosozialen“ Ursachenmodell nach Feuerlein 1989 das Resultat einer andauernden wechselseitigen Beeinflussung von drei Faktoren sei:

- Die **Person** mit ihrer genetischen Veranlagung und ihrem Entwicklungsstand
- Die **Umwelt** und in welche Beziehungsgefüge die Person in der Gesellschaft steht
- Die **konsumierte Substanz**, ihre Wirkbarkeit und ihre Erreichbarkeit (S. 26)

Wolfgang Heckmann (1997) entwickelte daraufhin das 5-Faktoren-Modell zur Suchtentstehung. Er beschreibt zum einen **gesellschaftliche Rahmenbedingungen**, zu denen die Gesetze des Marktes wie auch Moralvorstellungen gehören, zum zweiten **Entstehungszusammenhänge**, wie z. B. dass ältere Menschen weniger empfindlich auf Drogenwirkungen reagieren. Zum dritten führt er **Anlässe** in das Modell ein, worunter er bestimmte Situationen in einer Gruppe versteht, zum vierten nennt er **Voraussetzungen**, wie die positive Wirkung einer Droge oder ein Konsum-Vorbild und zum fünften **begünstigende Faktoren**, womit er biografische Voraussetzungen meint (S. 101) (siehe Abbildung 1).

Das 5-Faktoren-Modell zur Suchtentstehung

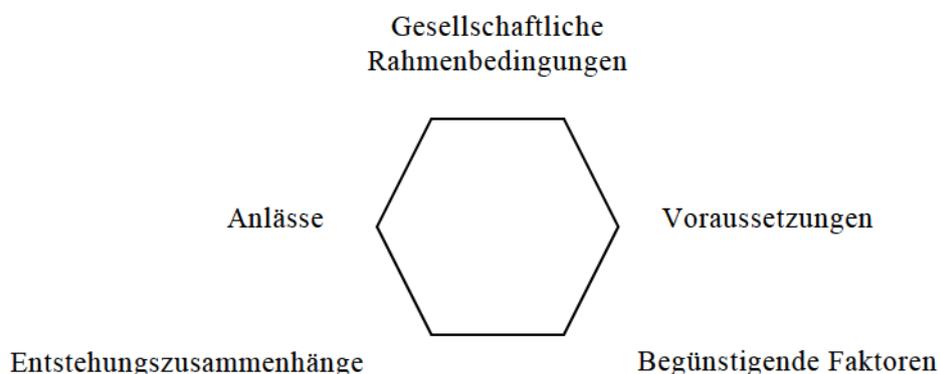


Abbildung 1: 5-Faktoren-Modell zur Suchtentstehung (Quelle: Suchtinfo, ohne Datum)

Besonders das jugendliche Risikoverhalten wird von Bossard et al. (2013) als Faktor für eine spätere Suchtentwicklung erwähnt. Jugendliche Abhängige geben öfters als Erwachsene an, Ärger wegen ihres Verhaltens bekommen zu haben. Auch hier kommt es zu Wechselwirkung zwischen diesem Verhalten und den Reaktionen des Umfeldes. Infolge dieser Benachteiligung in der Kindheit sind weniger Ressourcen erworben und zur Verfügung gestellt worden. Mangelnde Hoffnung auf eine bessere Zukunft und Arbeitslosigkeit kommen dazu. Die Illegalität hat einen grossen Stellenwert bei der Lebensgeschichte und beeinflusst das Selbstverständnis der jeweiligen Subkulturen. Bestimmte Konsummuster führen zu besonderen Beschaffungsformen und zu Strafverfolgungen. Auch die sozialen Netzwerke werden tangiert. Drogenkonsumierende setzen sich auch hohen gesundheitliche Risiken aus. Die auf dem Schwarzmarkt erworbene Substanz wird nicht kontrolliert und kann durch Beimengung andere Stoffe lebensgefährlich sein. Unhygienische Bedingungen führen zu hohem Infektionsrisiko (S. 317-318).

Aus den hier beschriebenen Modellen können die Zuständigkeit und die Aufträge an die Soziale Arbeit herausgelesen werden. Der Begriff „biopsychosozial“ verweist klar auf einen Auftrag an die Soziale Arbeit. Die Sucht entsteht und wird beeinflusst durch Umweltfaktoren in welcher sich ein Mensch befindet. Auf diese Umwelt kann die Soziale Arbeit reagieren und sie zum Positiven für die Klientel verändern. Weitere Erklärungsmodelle und genauere Erläuterungen werden hier nicht weiter thematisiert. Die Autorin verweist auf die einschlägige Fachliteratur.

Gemäss Bossard et al. (2013) bleiben 30% derjenigen, die eine Drogentherapie abgeschlossen haben abstinent. Dauer und Schwere der Abhängigkeit sind unterschiedlich. Aufgrund der erschaffenen Hilfsangeboten wie Methadon-Substitutionen und niederschweligen Angeboten wie Konsumräume ist der Heroinkonsum in den letzten Jahren zurückgegangen. Dafür ist der Gebrauch von Cannabis und Kokain gestiegen. Faktoren wie soziales Beziehungsnetz, berufliche Zukunft, Schwere der Krankheit können Schutz- und Risikofaktoren sein die einen Verlauf beeinflussen (S. 322-323).

3 Schizophrenie

3.1 Begriffserklärung

Nach Asmus Finzen (2001) ist Schizophrenie bis heute eine unverstandene Krankheit die aufgrund ihrer Vielfältigkeit Angst macht. Das Krankheitsbild geht mit vielen Stigmatisierungen einher, die zu einer zusätzlichen Belastung führen. In der Umgangssprache wird der Begriff schizophran oft verwendet für Personen welche sich komisch verhalten oder zwei Gesichter zeigen. Der Begriff der *Schizophrenie* oder schizophranen Psychose ist eine Untergruppe der Psychosen. In Wörterbüchern der Psychiatrie gibt es bis zu 60 Nennungen unter dem Begriff der Psychose, die sich zum Teil überschneiden (S. 6). Ute Seydel (2009) spricht davon, dass der Ausdruck oft als „gespaltene Persönlichkeit“ missverstanden werde. Der Begriff hat eine Eigendynamik entwickelt, welcher mit der Krankheit nur noch sehr wenig zu tun hat. Schizophrenie mutierte zum Begriff für alles was irr, wahnsinnig und geistesgestört ist. Der Begriff wird abwertend als Beleidigung eingesetzt und setzt Betroffene zusätzlichen Stigmatisierungen aus (S. 14).

Lässt man Betroffene zu Wort kommen, zeigt folgendes Zitat von Kersting Volker und Anette Arolt (2010) einen Einblick in die Welt der Schizophrenen: „Wenn ich wissen will, wer ich bin, dann rufe ich meine Mutter an.“ Diese Äusserung wirft ein Licht auf die fundamentalen Identitäts- und Abgrenzungsproblematik einer an Schizophrenie erkrankten Person (S. 48). Aussenstehende könnten die Schizophrenie als eine ver-rückte Wahrnehmung bezeichnen. Die Realität bricht. Aus dem Duden (2015) lässt sich der Begriff der Schizophrenie mit dem Wort *Schizo* (getrennt, gespalten) und *Phrenie* (Geist) aus dem Griechischen ableiten (S. 937). Laut Finzen (2011), prägte der Arzt und Forscher Eugen Bleuler den Begriff der Schizophrenie 1911. Er zeigte damit die Spaltung der unterschiedlichen psychischen Funktionen als eine der elementarsten Eigenschaften der Schizophrenie auf. Bleuler übersetzte das Wort *Spaltungssirresein*, was die Übersetzung von Schizophrenie ist (S. 21).

Laut Finzen (2014) kann eine Schizophrenie sehr vielfältig in ihrer Erscheinungsform sein. Sie kann leicht, schwer, traumatisch, akut oder schleichend in Erscheinung treten. Sie kann einmal oder mehrere Male vorkommen und ausheilen oder zu einer Invalidität führen. Die Erkrankung ist schwer greifbar und deshalb stehen Unerfahrene dieser Krankheit meist ratlos entgegen. Vorurteile liegen nahe und es wird behauptet, Schizophrenie sei eine unheilbare Störung oder sie sei eine Erfindung der Psychiatrie. Trotz aller Vorurteile gegen diese Krankheit ist eine Schizophrenie eine ernste aber in der Regel gut behandelbare Krankheit (S. 44).

Nach Thomas Bock (2003) verändern sich Gefühl, Wahrnehmung und Denken grundlegend und die Sinne entwickeln ein Eigenleben. Das Dasein gewinnt eine andere Bedeutung und wird in einem neuen Zusammenhang erlebt. Am besten lässt sich der Begriff mit folgenden Worten zusammenfassen: Die Schizophrenie ist eine seelische Erkrankung, bei der vor allem die Beziehung zur Wirklichkeit und zu den Mitmenschen tiefgreifend gestört ist. Denken, Wollen, Fühlen und das Gefühl für die eigene Person sind in ihrem Zusammenhang gestört (S. 12).

Statistisch gesehen wird die Diagnose laut Bosshard et al. (2013) bei einem von 100 Menschen gestellt. Die Krankheit wird in allen Kulturen beobachtet. Männer und Frauen sind gleich viel betroffen, jedoch erkranken Männer durchschnittlich mit 21 Jahre während Frauen erst fünf Jahre später die Diagnose gestellt bekommen (S. 219).

Ab wann gilt denn eine Persönlichkeit als „krank“ oder „gestört“? Wann spricht man von einer Störung? Im nächsten Abschnitt wird das Krankheitsbild der Schizophrenie allgemein betrachtet und die Symptome im Klassifikationssystem dargelegt.

3.2 Klassifikation und Symptome

Um die Schizophrenie in den Überbegriff der Psychosen einzugliedern, werden hier die Arten der verschiedenen Psychosen nach Finzen (2001) gezeigt:

Psychosen

- Organische Psychosen hervorgerufen durch dementielle Erkrankungen, Hirnverletzungen, Drogenkonsum oder Stoffwechselstörungen
- Schizophrene Psychose
- Affektive Psychose welche sich durch Depression, Wahn oder Manie zeigen
- Schizoaffective Psychose
- Psychogene Psychose welche sich oft in schwierigen Situationen zeigen

Der Begriff der Psychose ist also nicht gleichzusetzen mit dem Begriff der Schizophrenie. Psychotisch heisst nach Michael Ertl, Brigitta Keintzel und Rudolf P. Wagner (2002) in der Regel, es findet ein Verlust des eigenen Erlebens zur Realität statt (S. 9). Da eine Psychose kein Krankheitsbild ist, dreht sich das Interesse dieser Arbeit um die Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, welche mit dem Begriff der Schizophrenie gleichzusetzen ist.

Nach Bleulers Schizophreniekonzept von Möller (Möller, 1996; zit. in Seydel, 2009) sind bei der Diagnosestellung einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis folgende Symptome relevant:

Im kognitiven Bereich

Gedankeneingebung, Zerfahrenheit, Gedankenabreissen. Symptome einer Psychose können sich auf die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis auswirken oder sich in Denkstörungen äussern. Diese Symptome zeigen sich dann oft in einem zerfahrenen sprunghaften Denken. Bei Erzählungen fehlt für Aussenstehende der rote Faden und der logische Satzaufbau. Schizophrene Menschen haben keine Hierarchie mehr im Denken. Sie erleben ein Gedankenabreissen was von Angehören oft als Danebenreden erzählt wird und schwer verständlich ist (S. 14). Klaus Dörner, Ursula Plog, Christine Teller und Frank Wendt (2002) sprechen von Störungen der Denkabläufe. Wichtiges kann nicht von Unwichtigem unterschieden werden. Es kann vorkommen, dass Betroffene sich nicht entscheiden

können, welchen Gedanken sie als erstes aussprechen möchten so dass es zu verschachtelten Sätzen kommt. Es kann vorkommen, dass Worte in einem zweideutigen Sinn benutzt werden, so dass zwei Gedanken in einem Wort enthalten sind. So treten Wortneuschöpfungen auf (S. 151).

Wahnwahrnehmung

Möller (Möller, 1996; zit. in Seydel, 2009) beschreibt Symptome wie Beeinflussungswahn, Kontrollwahn, Sinnestäuschungen, Störungen der Psychomotorik, Halluzinationen wie Stimmenhören, Lautwerden der eigenen Gedanken oder körperliche Missempfindungen (S. 15). Dörner et al. (2002) schreiben von einer gestörten Wahrnehmung. Dinge welche nicht zusammengehören werden als zusammengehörig wahrgenommen. Teile der Umwelt wie Pflanzen, Gesichter oder Strassen werden bedeutungsvoll, so dass das Gefühl entsteht, beobachtet oder bedroht zu werden. Das Gefühl entsteht, im Mittelpunkt der Wahrnehmung von Anderen zu stehen. Der eigene Körper kann als fremd empfunden werden. Die Wahnbildung dient dazu eine Orientierung in der Aussenwelt zu finden. Es können so auch Anforderungen von der Aussenwelt abgewehrt werden. Der Wahn dient der Steuerung und Regulierung des Handelns vom Menschen. So ist es den Betroffenen möglich, einen Rest von Kontakt und Identität zur Aussenwelt aufrechtzuerhalten. Es entsteht grosse Angst wenn dieser Wahn angezweifelt wird (S. 150-152).

Im affektiven Bereich

Nach Möller (Möller, 1996; zit. in Seydel, 2009) sind hier Symptome wie Ambivalenz, inadäquate Gefühlsreaktionen, Instabilität der Stimmungslage, Entscheidungsunfähigkeit, Angst, mangelnder Kontakt, affektive Verflachung, Gefühlsverarmung, depressive Stimmung und ekstatische Glücksgefühle hervorzuheben (S. 14). Nach Dörner et al. (2002) wirken Betroffene in ihrer Gefühlswelt verarmt. Es kann vorkommen, dass die Gefühlsäusserung nicht mit Gestik und Mimik des Gesagten übereinstimmen. Da schizophrene Menschen eher wenige soziale Kontakte haben scheinen sie bindungsunfähig zu sein. Oft sind sie zu einer Person zwiespältig. Einerseits interessenlos und andererseits sehr gebunden und symbiotisch. Das gleichzeitige Wollen und Nicht-Wollen führt zur Handlungsunfähigkeit. Wenn die gesamte Dynamik bis hin zur Motorik gesperrt ist, können sich Betroffene nicht mehr äussern, sie sind jedoch innerlich bis zum Siedepunkt gespannt. Betroffene zeigen eine veränderte Stimmung, die als Gereiztheit, Ängstlichkeit, Wahnstimmung oder Suizidalität geäussert werden kann (S. 152-153).

Ich-Störungen

Möller (Möller, 1996; zit. in Seydel, 2009) betont hier; Rückzug aus der Wirklichkeit, Entfremdungserlebnisse, Desintegration von Fühlen, Denken, Wollen und Handeln, Verlust der eigenen Grenzen, Unkontrollierbarkeit der Gedanken (S. 15). Auch Dörner et al. (2002) erklären diesen Verlust der eigenen Grenzen. Das Selbst, das ICH, die Person, der Andere, die Welt haben keine

Grenzen mehr. Betroffene können nicht mehr sicher sagen wer sie wirklich sind. Die Störung des Ich-Erlebens ist zentral bei der Schizophrenie. Bei einem gesunden Ich-Erleben fühlt man sich lebendig, selbstbestimmt, einheitlich und zusammenhängend. Man kann sich klar von Anderen abgrenzen und unterscheiden. Bei einem gestörten Ich-Erleben haben Betroffene Angst vor dem Erleben des eigenen Absterbens oder dem Tod. Es ist ihnen nicht möglich eigenmächtig zu handeln oder zu denken. Sie fühlen sich fremdgesteuert, fremdbeeinflusst und kontrolliert in ihrem Denken, Handeln und Fühlen. Deshalb sind einzelne Schritte manchmal nur schwer und sehr langsam ausführbar. Es zeigt sich, dass schizophrene Menschen ohne Unterstützung oftmals Verwahrlosungstendenzen aufzeigen (S. 150).

Intakte Funktionen

Möller (Möller, 1996; zit. in Seydel, 2009) berichtet von Symptomen im Gedächtnis, in der Wahrnehmung der Aussenwelt, in der Orientierung in Raum und Zeit, der Aufmerksamkeit oder des Bewusstseins, sowie den intellektuellen Fähigkeiten (S. 15). Finzen (2014) erzählt von Betroffenen welche eine Überempfindlichkeit gegenüber Farben und Licht aber auch gegenüber Gerüchen und Geräuschen wahrnehmen. Das Zeiterleben verändert sich. Die Kultur, die Lebenseinstellung und der Glaube einer Person spielen dabei eine grosse Rolle. Im Wahn vermischen sich biografische und zeitgeschichtliche Ereignisse (S. 6-7).

Positiv- und Negativsymptome

Wichtig erscheint hier für die Beschreibung einer Schizophrenie, die Symptome in Positiv- und Negativsymptome zu unterteilen. Nach Ewald Rahn und Angela Mahnkopf (1999) bezeichnen Positivsymptome (auch Plusssymptome genannt) Symptome wie Wahn, Halluzinationen oder formale Denkstörungen (S. 239). Laut Möller (Möller, 1996; zit. in Seydel, 2009) zeichnen sich Negativsymptome (auch Minussymptome genannt) in verflachten Affekten, Antriebsmangel und Ich-Störungen aus. Diese Symptome beeinträchtigen besonders die soziale Leistungsfähigkeit da sie in völlige Antriebslosigkeit, Rückzug und soziale Verwahrlosung führen können (S.15-16).

Diese Symptome werden in dieser Arbeit so genau beschrieben um Sozialarbeitende für das Verhalten von Betroffenen zu sensibilisieren. So können Verhaltensweisen eingeordnet werden und werden nicht falsch interpretiert.

Psychische Erkrankungen werden in den Diagnoseinstrumenten ICD-10 und DSM-5 aufgelistet. Gemäss Dilling et al. im ICD-10 (2015) beruht die Diagnosestellung für eine Schizophrenie auf dem Vorliegen typischer Kriterien wie: Störung von Denken und Wahrnehmen, verflachte Affekte, Wahngedanken, Halluzinationen oder anderer Symptome von einer Mindestdauer von einem Monat (S. 127). Nach Peter Falkai und Michael Zaudig im DSM-5 (2015) spielen soziale Faktoren eine

grosse Rolle. Hier muss das Funktionsniveau in den Bereichen soziales Gefüge, Arbeit und Hygiene deutlich gesunken sein im Vergleich zum vorherigen Niveau. Zudem muss auch ein Symptom im kognitiven Bereich, Wahnwahrnehmung oder affektiven Bereich vorliegen (S. 117).

3.3 Entstehung, Ursachen und Verlauf

Nach Finzen (2014), stellen sich wohl alle Betroffene die Frage, woher eine solche Krankheit kommt. Doch bis heute weiss niemand genau, wie Psychosen entstehen (S. 7). In der Geschichte der Psychiatrie gibt es verschiedene Erklärungsansätze zur Entstehung einer Schizophrenie. Dörner et al. (2002) gehen vom Multifaktorielle Erklärungsansatz aus. Die Krankheit steht in einer Wechselbeziehung zwischen genetisch-organisch-biochemischen und psychischen und sozialen Faktoren. Diese führen in Kombination zu vulnerablen (verletzlichen) Persönlichkeiten, welche dazu neigen, auf Belastungen überdurchschnittlich stark mit Spannung, Verwirrung, Angst, Denkstörungen, Derealisations- und Depersonalisationserlebnissen bis hin zu Wahn und Halluzinationen zu reagieren (S. 150). Auch Günter Lempa (2010) beschreibt das allgemein anerkannte biopsychosoziale Modell der Krankheitsverursachung. Dies bedeutet eine Interaktion von psychologischen, biologischen (genetische und neuralen) und sozialen Faktoren. Dieses Modell wird ergänzt durch das Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Das Modell erklärt, dass Stressfaktoren bei einer gegebenen Vulnerabilität (Verletzlichkeit) eine Psychose auslösen können (S. 164-165). Julius Kurmann (2002) ergänzt das Modell der Entwicklung von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis um zu zeigen wie eine Psychose in drei Phasen entsteht (siehe Abbildung 2).

Drei-Phasenmodell der Entwicklung von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis

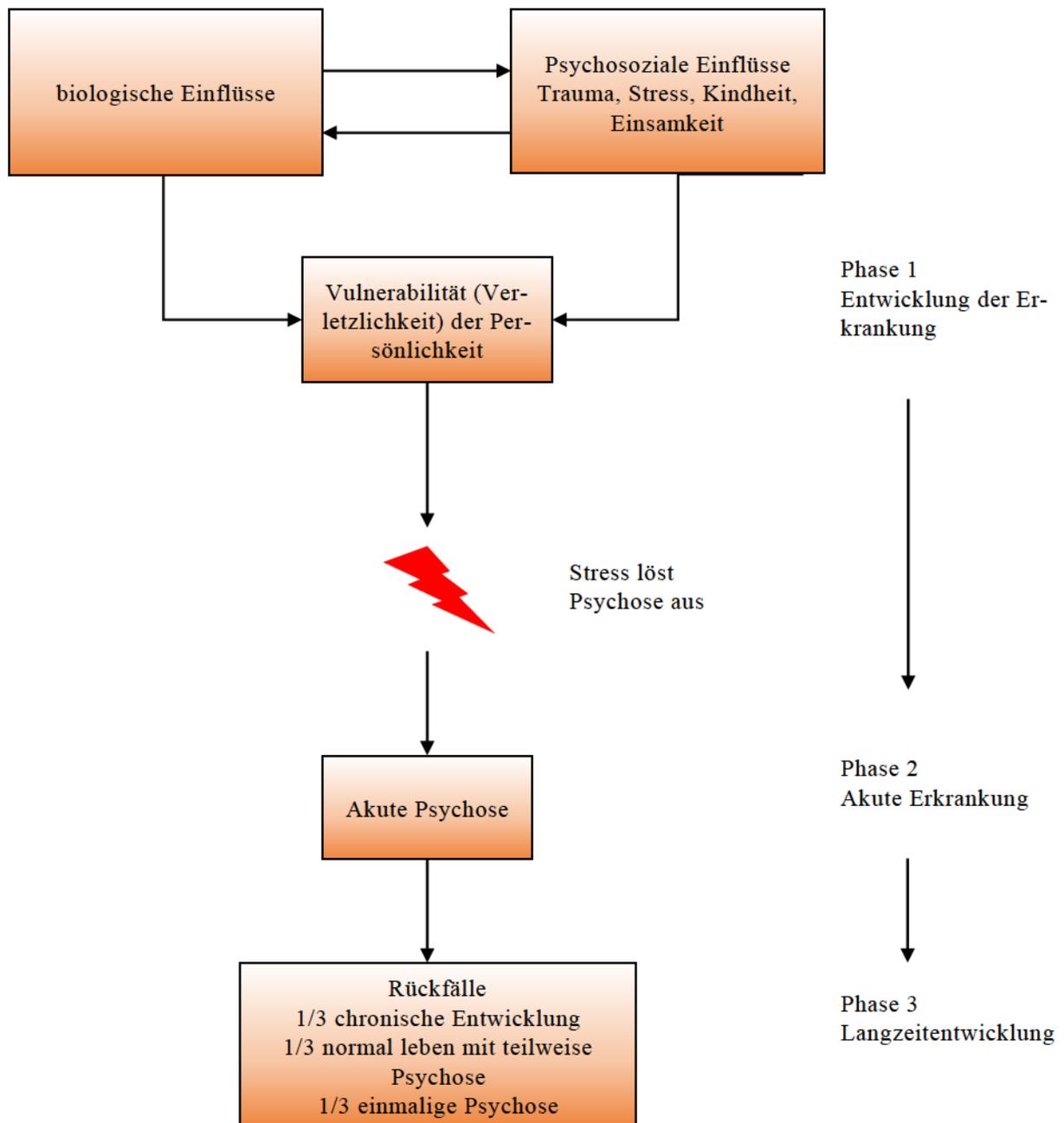


Abbildung 2: Drei-Phasenmodell der Entwicklung von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (Quelle: Kurmann, 2002)

Finzen (2014) beschreibt verschiedene Phasen der Krankheit, wenn die Schizophrenie diagnostiziert ist:

Phase vor der Krankheit: Laut Finzen (2014) geht es in dieser primären Phase darum, die Krankheit zu verhindern. Hier können die oben genannten Risikofaktoren wie Einsamkeit oder psychosoziale Einflüsse vermindert und die Ressourcen gestärkt werden (S. 6).

Phase der Frühwarnzeichen: Nach Finzen (2014) geht es in dieser Phase darum, den Krankheitsverlauf zu verbessern. Die Früherkennung macht eine rechtzeitige Behandlung möglich. Frühwarnzeichen können von Aussenstehenden bemerkt werden. Sie zeigen sich oft in heftigen Konflikten, Freundschaftsabbrüchen, Verlust des Kontaktes zu Gleichaltrigen, im Vertrauensverlust in andere Menschen, in einem Leistungsknick, in eigentümlichen Vorstellungen oder in magischem Denken und in totalem Rückzug. Anhaltende Verhaltensveränderungen mit Misstrauen, erhöhter Reizbarkeit oder Depressivität könnten erste Anzeichen einer Psychose sein. Betroffene bemerken die Frühwarnzeichen, indem sie eine Tendenz entwickeln in der sie alles auf sich beziehen. Gedanken fangen an sich aufzudrängen, es kommt zu Wahrnehmungsstörungen oder Stimmungsschwankungen. Oft spüren sie einen Verlust der inneren Energie. Für Fachpersonen ist es wichtig, diese Frühwarnzeichen ernst zu nehmen (S. 7). Kurmann (2002) empfiehlt, erst einmal zuzuwarten, zu beobachten um dann frühzeitig zu behandeln. Studien haben gezeigt, je früher eine Krankheit entdeckt wird, desto besser sind die Heilungschancen (S. 4). Die Autorin gibt hier zu bedenken, dass aus Sicht der Sozialen Arbeit die Reduzierung der Schäden und die möglichen Folgen einer Frühbehandlung gegeneinander abgewogen werden sollten. Meist liegt in dieser Phase noch keine Krankheitseinsicht vor. Deshalb kommt es vermehrt zu Zwangsbehandlungen. Die Autonomie und Freiwilligkeit sollte möglichst gewahrt werden. Durch eine frühzeitige Behandlung kann eine lebenslange Stigmatisierung schon zu früh erfolgen und soziale Schäden hinterlassen.

Psychotische Phase: In dieser Phase können gemäss Kurmann (2002) negative, körperliche, seelische und soziale Folgen verhindert werden. Dazu sollte ein gutes soziales Netzwerk aufgebaut werden, eine Aufklärung der Krankheit und eine gleichzeitige Entstigmatisierung sowie eine sozialpsychiatrische Behandlung sollten stattfinden (S. 4).

Laut Finzen (2014) wurden viele Betroffene stigmatisiert und falsch behandelt aufgrund früher anerkannten medizinischen Bezeichnungen wie „Schizophrenie als Prozesspsychose mit dem Endzustand der Verblödung“ oder „Unbeeinflussbarkeit der Krankheit“. Heute sollte das Gesunde im Menschen erhalten bleiben und Selbstheilungskräfte aktiviert werden. Zu einer medikamentösen Behandlung kann eine Psychotherapie oder eine Soziotherapie hinzugezogen werden. Schizophrenie ist bis heute nicht heilbar. Es ist aber möglich die Symptome durch Medikamente zu lindern (S. 8).

Wie in diesem Kapitel dargestellt wurde kann festgestellt werden, dass Schizophrenie eine vielseitige Erkrankung ist, welche die soziale Rolle massiv beeinträchtigen kann. Erkrankte können meist nur unzureichend ihre Rechte einfordern und davon Gebrauch machen. Ziel der Sozialen Arbeit ist es, Betroffenen ein möglichst unabhängiges, selbständiges und in der Gesellschaft integriertes Leben zu ermöglichen. Der Erfolg einer Besserung soll sich am Resultat bezüglich beruflicher und sozialer Integration messen, und nicht nur an der Linderung der Symptome.

4 Komorbidität

4.1 Begriffserklärung

Der Begriff der *Komorbidität* lautet nach Seydel (2009) wie folgt: Die Silbe *Ko-* heisst in der Bedeutung „mit“, *Morbus* heisst in der Bedeutung „die Krankheit“. Folglich bezeichnet Komorbidität übersetzt die „Mit-Krankheit“, also alles was eine Person an Erkrankungen und Störungen mit Krankheitswert mitbringt (S. 7). Daraus ergibt sich aber noch keine genaue Beschreibung um welche Art von Störungen es sich handelt. Hierzu gibt es verschiedene Erklärungen. Michael Zaudig, Rolf Dieter Trautmann-Sponsel, Peter Joraschky, Rainer Rupprecht, Hans-Jürgen Möller und Henning Sass (2006) interpretieren die Komorbidität als ein Auftreten von mehr als einer diagnostizierbaren spezifischen psychischen Störung in einem definierten Zeitintervall bei einer Person (S. 395). Moggi (2007) versteht unter dem Begriff der Doppeldiagnose im Allgemeinen das gemeinsame Auftreten einer Substanzstörung und einer psychischen Krankheit. Der Begriff wird synonym für den Begriff der Komorbidität verwendet (S. 15). Walter und Gouzoulis-Mayfrank (2014) verwenden den Begriff der Komorbidität bedeutungsgleich zum Begriff der Doppeldiagnose. Sie beschreiben diese Kombination als das Auftreten einer psychischen Krankheit und einer Substanzabhängigkeit, abgeleitet vom englischen Sprachgebrauch *dual diagnosis* oder *dual disorder* (S. 9).

Aufgrund dieser Erklärungen wird in dieser Arbeit der Begriff der Doppeldiagnose und der Komorbidität synonym für das Auftreten einer psychischen Erkrankung und einer Substanzabhängigkeit verwendet. Der Fokus wird gezielt auf die Doppeldiagnose der Schizophrenie und der Substanzabhängigkeit gerichtet. Nach Moggi (2007) kann aber nicht immer trennscharf davon ausgegangen werden, dass eine Person nur eine Schizophrenie und eine Substanzabhängigkeit vorweist. Meist finden sich bei psychisch kranken Menschen auch noch andere psychische Störungen oder Substanzabhängigkeiten (S. 23).

4.2 Klassifikation einer Komorbidität

Im Vergleich zum ICD-10 Manual welches nur einzelne Störungen beinhaltet, beschreiben Falkai und Zaudig im DSM-5 die Komorbidität bei der Schizophrenie in einem eigenen Unterkapitel. Die Komorbiditätsraten für Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen (Rauschmittel) sind bei schizophren erkrankten Personen hoch. Aufgrund dieser Kombination ist die Lebenserwartung solcher Menschen tiefer. Diabetes, Gewichtszunahme oder organische Begleiterkrankungen kommen bei ihnen öfters vor als bei der Allgemeinbevölkerung. Mangelnde Gesundheitsvorsorge wie beispielsweise Bewegungsmangel erhöht das Risiko zur Chronifizierung und können Medikation und Lebensführung beeinflussen (S. 142).

4.3 Entstehung, Ursachen und Wechselwirkungen

Laut Thomas Schell (2014) leiden ungefähr die Hälfte der an Schizophrenie erkrankten Personen an einer Abhängigkeitserkrankung (S. 130). Nach Jan Conradi, Lisa Holper und Quentin Huys

(2014) weist dies auf einen Zusammenhang zwischen den beiden Krankheiten hin. Die Suchterkrankung kann dabei die schizophrenen Symptome beeinflussen und die Schizophrenie kann die Abhängigkeit erhöhen. Es können auch gemeinsame Risikofaktoren für die Entwicklung für beide Krankheiten vorliegen. Biologische Prozesse sprechen für eine gegenseitige Wechselwirkung von Sucht und Schizophrenie. Suchterkrankungen weisen eine Veränderung in Gehirnregionen auf, welche auch bei Schizophrenen sichtbar sind. Drogen können für Menschen mit einer Schizophrenie aus verschiedenen Gründen attraktiv sein. Als Form der Selbstmedikation können Drogen Positiv- sowie Negativsymptome einer Psychose reduzieren. Aus Berichten konnten Conradi et al. (2014) entnehmen, dass Betroffene Drogen konsumieren, um die Wirkung der Medikamente zu mindern. Zusätzlich versuchen sie, ihre psychischen Reaktionen auf Umweltbedingungen mit dem Drogenkonsum zu verbessern (S. 28). Zum besseren Verständnis der Wechselwirkung der einzelnen Substanzen mit der Schizophrenie folgt eine Auflistung der am häufigst konsumierten Substanzen.

Schizophrenie und Nikotinkonsum

Menschen mit der Diagnose Schizophrenie weisen nach Conradi et al. (2014) unter den psychiatrisch erkrankten Personen, mit ungefähr 75%, den höchsten Nikotinkonsum auf.

Entsprechend der Selbstmedikationshypothese (siehe Kapitel 4.4), reduziert der Nikotinkonsum die Negativsymptome und die kognitiven Einschränkungen und führt zu mehr Aufmerksamkeit und einer besseren Informationsverarbeitung. Langfristig schädigt der Konsum kognitive Gehirnfunktionen (S. 28). Walter und Gouzoulis-Mayfrank (2014) erklären die hohe Rate an Rauchern bei Schizophrenen damit, dass die unmittelbar positiv erlebte Empfindung durch das Belohnungssystem im Gehirn schneller erlebt wird als bei anderen Substanzen. Grund für den Konsum können Langleweiligkeit, der Einfluss der Umgebung, Symptome der Schizophrenie oder fehlende Copingstrategien um mit belastenden Alltagssituationen umzugehen, sein (S. 160-161).

Schizophrenie und Cannabiskonsum

Jede/r dritte Schizophrene konsumiert laut Conradi et al. (2014) in der Schweiz Cannabis. Der Inhaltsstoff der Cannabispflanze THC führt zu Euphorie und Veränderung der Wahrnehmung. Zusätzlich hat Cannabis eine dämpfende und entspannende Wirkung und kann zu einer psychischen Abhängigkeit führen. Ebenfalls kann es vorkommen, dass eine Psychose früher auftritt und Rückfälle beeinflusst. Subjektive Effekte spielen eine grosse Rolle beim Cannabiskonsum. Cannabis hellt bei Negativsymptomen die Stimmung auf und wirkt dämpfend auf Positivsymptome (S. 28-29). Schell (2014) zeigt allerdings auf, dass cannabiskonsumierende Schizophrene weniger strukturelle Abnormitäten im Gehirn und somit weniger Störungen der Sinneswahrnehmung aufweisen (S. 130). Dies ist für die Beratung in der Sozialen Arbeit ein wichtiger Punkt. Wenn es Betroffenen gelänge, den Konsum zu stabilisieren, könnten sie eine bessere Prognose haben als ihre cannabis-abstinenten Leidensgenossen.

Schizophrenie und Opioide

Gemäss Walter und Gouzoulis-Mayfrank (2014) weisen Opioide wie Diacetyl-Morphin (Heroin) und Methadon eine narkotisierende Wirkung auf (S. 182). Harald Sadowski und Friedrich Niestrat (2010) beschreiben die Tatsache, dass die entspannende Wirkung des Heroins als Psychosebehandlung wirksam ist. Der Konsum führt aber auch zu tiefgreifenden psychosozialen Belastungen und Lebenskrisen welche die Psychose fördern (S. 229-230). Dabei kann es gemäss Bossard et al. (2013) zu schweren psychischen und körperlichen Abhängigkeiten kommen. Ein Entzug dauert ungefähr sieben Tage und ist von grossen Schmerzen begleitet. Körperliche Schäden wie akute Vergiftung, Verstopfung, Atemstillstand oder Koma können ebenso auftreten wie Depressionen (S. 320). Nach Walter und Gouzoulis-Mayfrank (2014) weisen Heroinsüchtige oft einen chronischen Verlauf auf. Deshalb sollten Therapien darauf abzielen, dass eine adäquate Lebensweise ermöglicht wird. Hier bieten sich vor allem ambulante Behandlungssettings an (S. 183-185).

Schizophrenie und Benzodiazepine

Gemäss Bossard et al. (2013) sind psychotrope Substanzen wie Benzodiazepine Medikamente, welche als angstlösend, sedierend und schlaffördernd wirkende Arzneistoffe, sogenannte Tranquilizer, Verwendung finden. Benzodiazepine haben ein hohes Abhängigkeitspotential. Bereits nach drei Monaten können körperliche Schäden wie Gangunsicherheit, akute Vergiftung, Koma, oder psychische Veränderungen wie Erregung oder Aggressivität festgestellt werden (S. 320). Nach Sadowski und Niestrat (2010) sehen viele Betroffene Benzodiazepine als bestwirksames Medikament gegen Psychosen. Es gelingt allerdings nur einer Minderheit, kontrolliert mit diesem Konsum umzugehen. Häufig werden auch hier Abhängigkeitsmuster aktiviert (S. 230).

Schizophrenie und Alkohol

Wie Falkai und Zaudig im DSM-5 (2015) schreiben, ist die Schizophrenie mit einer deutlich erhöhten Rate der Alkoholstörung verbunden und kann die Immunabwehr unterdrücken und somit steigt das Risiko für Krankheiten (S. 683). Conradi et al. (2014) erklären, dass die entspannende Wirkung die psychotischen Symptome verschlechtern kann und bei einer mehrjährigen Abhängigkeit zur Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten führen (S. 29). Bosshard et al. (2013) ergänzen, dass Alkohol von schizophrenen Menschen getrunken wird, um die unerwünschten Nebenwirkungen der Medikamente zu verändern (S. 288). Ein Entzug ist schwer und sollte nur unter ärztlicher Leitung erfolgen (S. 320). Auch hier zeigt sich gemäss Walter und Gouzoulis-Mayfrank (2014), wie schwierig es für Betroffene ist, eine geeignete Therapie zu finden. Viele Angebote setzen eine Alkoholabstinenz für die Behandlungsdauer voraus (S. 153). Deshalb empfehlen Walter und Gouzoulis-Mayfrank (2014) eine Behandlung beider Krankheiten, um eine positive Entwicklung dem häufig vorliegenden Teufelskreis vorzuziehen (S. 156).

Schizophrenie und Stimulanzien

Nach Conradi et al. (2014) lassen Substanzen wie Amphetamine, Metamphetamine, Ecstasy/MDMA oder Kokain den Dopaminspiegel im Gehirn ansteigen. Konsumentinnen und Konsumenten haben das Gefühl, sich besser konzentrieren zu können, mehr Freude zu empfinden und wacher zu sein. Negativsymptome wie Müdigkeit oder Konzentrationsstörungen als Nebenwirkung der Medikamente können so kurzfristig gemindert werden. Andererseits können solche Stimulanzien psychotische Zustände hervorrufen oder eine bereits bestehende Psychose verstärken (S. 29). Die am häufigsten konsumierte Substanz ist gemäss Sadowski und Niestrat (2010) Kokain. Es gibt unterschiedliche Konsumformen. Kokain kann geschluckt, geraucht (Crack), geschnupft oder gespritzt werden. Ob es beim Drogenkonsum zu körperlichen Schäden kommt, entscheidet die Art und Weise des Konsums und die Reinheit des Stoffes. Schwere Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis-C können durch saubere Injektionsnadeln vorgebeugt werden (S. 321). Gemäss Walter und Gouzoulis-Mayfrank (2014) hat Kokain ein enorm hohes Abhängigkeitspotential. Je mehr die positiven Effekte abnehmen, umso mehr nehmen die dysphorischen Zustände zu. Es zeigen sich vermehrt Depressionen, psychotische Zustände und Ängste. Die schwerste Kokainvergiftung ist wohl die *Kokainpsychose*. Kokain kann paranoid-halluzinatorische Psychosen, begleitet von aggressiven Erregungszuständen, auslösen (S. 170-173).

4.4 Drei Typen von Komorbiditätsmodellen bei Doppeldiagnosen

Moggi (2014) erklärt die Entstehung und Aufrechterhaltung der Doppeldiagnose anhand der drei Typen von Komorbiditätsmodellen. Diese Modelle zeigen auf, *ob* und *wie* eine Störung A mit einer zweiten Störung B in einem direkten kausalen Zusammenhang steht (sogenannte uni- oder bidirektionale Kausalität). Dabei kann eine Störung A auf eine Störung B wirken, die beiden können in einer Wechselbeziehung stehen oder beide Störungen basieren auf gemeinsamen Faktoren.

Bei unidirektionalen Störungen spricht er von einer primären und einer sekundären Störung. So wird eine zeitliche und kausale Beziehung zwischen den beiden Störungen ausgedrückt (S. 13).

Typ 1

Störung A wirkt auf Störung B (Unidirektionale Kausalbindung/ primäre und sekundäre Störung)

Störung A \longrightarrow Störung B

Abbildung 3: Drei Typen von Komorbiditätsmodellen bei Doppeldiagnosen (Quelle: Walter & Gouzoulis-Mayfrank, 2014)

Modelle sekundärer Substanzkonsum

Nach Moggi (2014) sagen Modelle sekundärer Substanzkonsum aus, dass das Vorhandensein einer psychischen Störung die Wahrscheinlichkeit eines Substanzkonsums erhöht (S. 14). Lange Zeit

wurde gemäss Gouzoulis-Mayfrank (2003) die *Selbstmedikationshypothese* (siehe Abbildung 4) als vorherrschendes Modell herangezogen. Der Suchtmittelkonsum wird dabei als symptombekämpfende Bewältigungsstrategie der Schizophrenie angesehen. Zum Beispiel werden Beruhigungsmittel gegen Halluzinationen und Anspannungen bei Angstzuständen eingenommen.

Selbstmedikationshypothese bei Menschen mit Psychosen

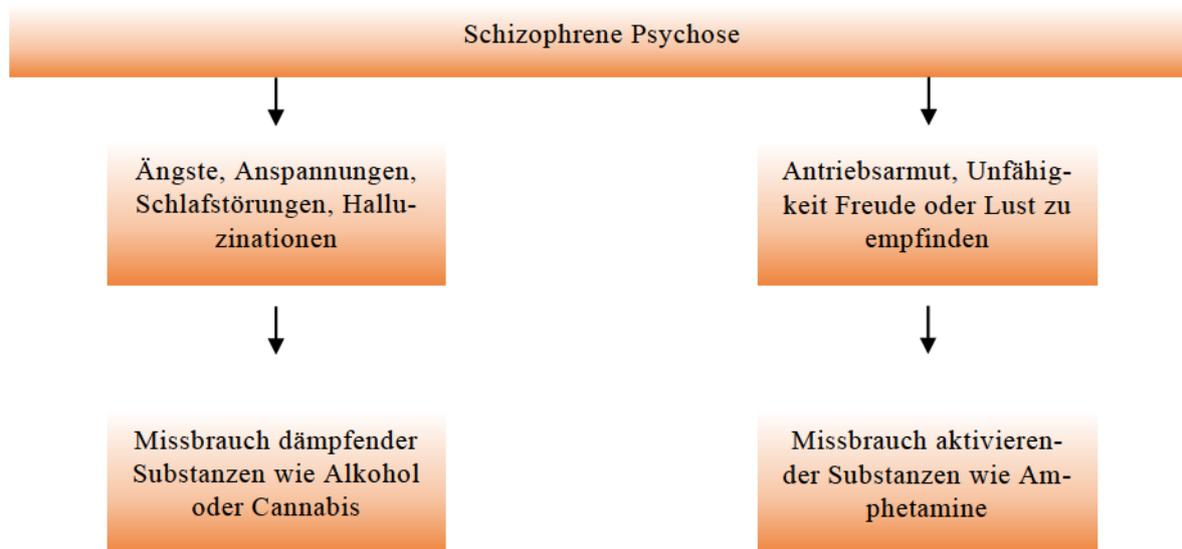


Abbildung 4: Selbstmedikationshypothese bei Menschen mit Psychosen (Quelle: Gouzoulis-Mayfrank, 2003)

Diese Hypothese wird in neueren Forschungen durch das *Affektregulationsmodell* ergänzt. Hier wird angenommen, dass die Person mit psychischen Störungen ihre negativen Emotionen im Sinne einer Bewältigungsstrategie wiederkehrend mit Suchtmitteln positiv zu verändern versucht. So wird die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit begünstigt. Es spielt dabei keine Rolle ob die unerwünschten emotionalen Zustände Symptome einer psychischen Störung oder durch andere Bedingungen wie psychosozialen Stress, Persönlichkeitsmerkmale, Coping- und Ressourcendefizite oder Entzugserscheinungen zustande kommen (S. 5-6).

Das *Supersensitivitätsmodell* findet gemäss Moggi (2014) am meisten empirische Bestätigung. Dieses Modell geht aus dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell (siehe Kapitel 3.3) hervor. Eine aus genetischen Faktoren und früher Umweltereignisse entwickelte Vulnerabilität interagiert dort mit Belastungsfaktoren der persönlichen Umwelt. So wird der Beginn oder der Rückfall einer Psychose ausgelöst. Das Modell setzt keine Substanzkonsumstörung in den Vordergrund, sondern das Vorhandensein einer Vulnerabilität für Psychosen. Das Suchtmittel gilt hier als Stressor. Diese biologische Sensitivität kann bei Personen mit Vulnerabilität für Schizophrenie die Wahrscheinlichkeit erhöhen, schon bei Einnahme von relativ geringen Mengen an Suchtmitteln psychotische Symptome zu erleben und mit der Zeit eine Substanzstörung zu entwickeln (S. 15).

Modelle sekundärer Psychosen

Modelle sekundärer Psychosen sagen aus, dass das Vorhandensein eines Substanzkonsums die Psychose beeinflusst. Es stellt die Wirkung von Cannabis, Halluzinogenen und Stimulanzien, deren Wirkung Ähnlichkeiten mit psychotischen Zuständen haben in den Mittelpunkt. Insbesondere der Konsum von Cannabis spielt in verschiedener Literatur immer wieder eine Rolle in Bezug auf Schizophrenie (S. 15).

Typ 2

Wechselwirkung der beiden Störungen (Bidirektionale Kausalbeziehung)

Störung A \longleftrightarrow Störung B

Abbildung 5: Drei Typen von Komorbiditätsmodellen bei Doppeldiagnosen (Quelle: Walter & Gouzoulis-Mayfrank, 2014)

Bidirektionale Modelle

Bei bidirektionalen Modellen erhöhen beide Störungen die Verletzlichkeit für die jeweils andere Störung. Dazu kann das Erklärungsmodell der Selbstmedikation hinzugezogen werden. Zur Zeit der Psychose werden Substanzen konsumiert, welche dann zu einer sekundären Substanzabhängigkeit führen.

Typ 3

Modell gemeinsamer Faktoren

Gemeinsame
Faktoren $\begin{matrix} \nearrow \\ \searrow \end{matrix}$ $\begin{matrix} \text{Störung A} \\ \text{Störung B} \end{matrix}$

Abbildung 6: Drei Typen von Komorbiditätsmodellen bei Doppeldiagnosen (Quelle: Walter & Gouzoulis-Mayfrank, 2014)

Beim Modell der gemeinsamen Faktoren sind hohe Komorbiditätsraten das Ergebnis von Risikofaktoren. Solche Risikofaktoren, wie zum Beispiel eine genetische Belastung, werden vom Substanzkonsum sowie von der psychischen Erkrankung geteilt (S. 14). Genetische Faktoren können nach Moggi (2007) Verwandte sein, die ebenfalls an einer psychischen Störung erkrankt sind. So spielt genetische Vulnerabilität eine wichtige Rolle für die Entwicklung einer Komorbidität. Ein

weiterer Faktor könnte eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung sein welche sich schon in frühkindlichen Verhaltensweisen wie Schlägereien, Schule Schwänzen oder Lügen zeigt. Zudem können Faktoren wie der sozioökonomische Status und kognitive Fähigkeiten mögliche Einflussfaktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Komorbidität sein (S. 111).

4.5 Verlauf

In diesem Kapitel werden die Besonderheiten des Krankheitsverlaufes beim Zusammentreffen einer Suchterkrankung und einer schizophrenen Psychose herausgearbeitet.

Nach Moggi und Donati (2004) weisen Menschen mit dieser Doppeldiagnose oft einen ungünstigen Verlauf auf. Phasen der Verschlechterung und der Verbesserung wechseln sich ab und es kommt oft zu Hospitalisationen. Diese Doppelsymptomatik beeinflusst die Substanzabhängigkeit sowie die Psychose nachteilig, ohne dass eine Verbesserung stattfindet (S. 11). Nach Gouzoulis-Mayfrank (2006) kann die hohe Rückfallquote ein direkter Effekt der Droge sein, oder mit der schlechten Compliance (Bereitschaft der Klientel bei der Beratung mitzuarbeiten) zusammenhängen (S. 4). Die Prognose und der Verlauf hängen im Wesentlichen von der Schwere der Störungen, dem Alter in dem die Krankheiten auftreten, den Lebensumständen und der konsumierten Substanz ab (S. 16). Bachmann et al. (Bachmann et al., 1997; zit. in Seydel, 2009) merken an, dass Sozialarbeitende vermehrt mit Kommunikations-, Disziplin- und Kooperationschwierigkeiten konfrontiert sind, da das Drogenmilieu, welches aus einem Kreislauf der Beschaffung der Droge und dem Geld besteht und zu einer Verfestigung von Überlebensstrategien führt. Die negative Spirale sozialer Randständigkeit verstärkt sich bis hin zur sozialen Entwurzelung. Indem die Süchtigen in der Drogenszene bleiben, wird die Identität als Süchtige weiterhin gefördert und zu einer Abwehr der Schizophreniediagnose führen (S. 26-27). Moggi und Donati (2004) erklären, dass Betroffene mit Doppeldiagnosen länger und häufiger Beratungs- und Therapieangebote besuchen würden als Menschen mit nur einer Diagnose. Diese Therapien wechseln sich ab zwischen Suchttherapie und Therapien für psychische Störungen. Dies führt zu einer Ping-Pong-Therapie ohne Erfolg auf Besserung (S. 11).

4.6 Psychosoziale Auswirkungen

Nach Seydel (2009) brechen die Krankheiten meist in einem Alter aus, in dem zentrale Entwicklungen für das Leben stattfinden. Besonders die berufliche Identität und die Gründung einer Familie sind Prozesse welche durch die Krankheiten verunmöglicht werden. So entstehen zusätzliche Beeinträchtigungen mit gesellschaftlichem Rückzug und Einschränkungen der materiellen Ressourcen die zum sozialen Abstieg führen. Das Sozialverhalten von Betroffenen ist meist schwerwiegend beeinträchtigt. Die Fähigkeit soziale Beziehungen herzustellen ist durch beide Krankheiten stark vermindert. Ebenfalls weisen komorbid Erkrankte Defizite bei sozialen Kompetenzen, sozialen Fertigkeiten und sozialer Anpassung auf. Hierzu kommen gestörte Kommunikationsprozesse, Mangel an sprachlichen Ausdrucksfähigkeit und Verarmung des Gesprächsinhaltes. Daraus resultieren Beziehungsstörungen. Süchtige haben die Verantwortung für sich selbst an den Wunsch nach einem anderen veränderten Bewusstseins- und Gefühlszustand abgegeben. Psychotiker befinden sich auch

in einem anderen Erlebniszustand und können so keine Eigenverantwortung für sich selber übernehmen. Zudem weisen sie gestörte Fähigkeiten in der Verarbeitung komplexer Informationen aus und können Ursache-Wirkungszusammenhänge nicht in ihrer Bedeutung wahrnehmen. Die Fähigkeit Freude anders als substanzvermittelt zu empfinden ist verlernt. Dazu kommen mangelnde Krankheitseinsicht und mangelndes Risikobewusstsein. Negativerfahrungen mit Einweisungen in Kliniken haben eine ablehnende Haltung gegenüber jeglicher Art von Behandlung zur Folge (S. 115-117).

4.6.1 Schlussfazit zur Komorbidität

Menschen können durch entsprechende Vulnerabilität oder durch die Einnahme von Drogen eine Psychose und daraus resultierende Schizophrenie entwickeln. Die Droge ist selten die Ursache für eine Psychose, allerdings kann sie die Entwicklung einer Schizophrenie beschleunigen. Da solche Krankheiten durch Stress ausgelöst werden, gilt es für Sozialarbeitende gemeinsam mit den Klientel eine Beruhigung des Umfeldes sowie eine Stärkung der Schutzfaktoren zu erarbeiten. Dabei können Medikamente oder gute soziale Unterstützungen hilfreich sein.

5 Behandlungsmöglichkeiten

Die Autorin beschränkt sich auf einige ausgewählte Möglichkeiten in der Behandlung von Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit. Nicht alle hier beschriebenen Behandlungsmöglichkeiten sind Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit. Einige Methoden werden in den nachfolgenden Kapiteln wieder aufgegriffen. In der Beratung erscheint es dennoch zentral, die verschiedenen Möglichkeiten zu kennen, um allenfalls zu triagieren oder beratend zu handeln.

Wenn man in der Literatur nach Behandlungsmöglichkeiten sucht, so trifft man vermehrt auf die Aussage, dass Menschen mit dieser Doppeldiagnose eine besondere therapeutische Herausforderung sind, da sie eine gewisse Verzahnung von Vorgehensweisen die auch konträr sein können erfordert, wie Gouzoulis-Mayfrank (2003) beschreibt. Sie meint hier die Konzepte aus der psychiatrischen Krankheitsversorgung und aus der Suchttherapie. Die Suchttherapie legt eine Gewichtung auf die Konfrontation und die Eigenverantwortlichkeit. Sie ist realitätsnah, gruppenorientiert und oft abstinenzfördernd. Die Psychosebehandlung weist eher einen fürsorglichen unterstützenden Charakter, individuelle Orientierung und eine sporadische Überwachung und Tolerierung des Suchtmittelkonsums auf (S. 21) (siehe Tabelle 1).

Suchttherapie	Psychosebehandlung
konfrontierend	gewährend beschützend
fordernd	fürsorglich
realitätsnah	Schutz vor Überforderung
gruppenorientiert	individuell
Verzicht auf Medikation	Längerfristige medikamentöse Behandlung
Abstinenzforderung	Substanzmittelmissbrauch als Nebenthema
Systemische Überwachung des Suchtmittelkonsums	Sporadische Überwachung, Tolerierung des Suchtmittelkonsums

Tabelle 1: Therapeutische Grundhaltungen in der Suchttherapie und Psychosebehandlung (Quelle: Rink, 2003; zit. in Seydel, 2009, leicht modifiziert).

5.1 Parallele oder sequenzielle Behandlung

Es stellt sich die Frage, ob die Störungen nacheinander oder parallel behandelt werden sollten. Früher wurden gemäss Gouzoulis-Mayfrank (2003) die Störungen eher nacheinander therapiert. Entweder wurde zuerst darauf hingearbeitet, eine stabile Abstinenz zu erreichen um dann eine psychiatrische Behandlung der Schizophrenie anzugehen oder es wurde zuerst die Psychose stabilisiert um dann eine Entwöhnung vom Suchtmittel anzugehen. Oft fielen die Betroffenen aber dann durch die Maschen des Versorgungssystems, da sie die Eingangsvoraussetzungen nicht erfüllen konnten. Daher werden heute mehr parallel ausgerichtete Vorgehen bevorzugt, welche jedoch in getrennten Institutionen stattfinden. So nehmen Betroffene eine psychiatrische Behandlung in einem stationären oder teilstationären Setting wahr und besuchen gleichzeitig eine ambulante Suchttherapie. Dies ist in der Praxis aber nicht immer einfach umzusetzen. Betroffene werden so mit unterschiedlichen Beratungs- und Interaktionsstilen, Ratschlägen und Bewertungen konfrontiert und müssen deren Gewichtung selber leisten, was oft misslingt. Dies führt zu Verunsicherung und oftmals auch zu Abbruch der Therapie (S. 22).

5.2 Integrative Behandlung

Walter und Gouzoulis-Mayfrank (2014) vertreten die Meinung, dass der integrative Behandlungsansatz die Therapie der Wahl sei. Es gibt empirische Befunde, dass dieser Ansatz Wirksamkeit zeigt. Die Abstinenzbereitschaft muss dabei nicht vorausgesetzt werden. Sie darf schon gar nicht erzwungen werden, dies könnte zu einer Verschlechterung der psychischen Somatik und sogar zu einer Zunahme von Rückfällen und Therapieabbrüchen führen. Konfrontative Behandlungen eignen sich daher schlecht für solche Doppeldiagnoseklientel. Bei der integrativen Behandlung liegt der Fokus nicht auf einer bestehenden Störung. Es sollen möglichst beide Erkrankungen in den Behandlungsplan einbezogen werden. Betroffene benötigen dazu einen niederschweligen Zugang zu Angeboten. Verschiedene Therapien wie Motivationsförderung, Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie, Familieninterventionen und Training sozialer Fertigkeiten haben sich als hilfreich erwiesen. Manchmal müssen zum Gelingen einer Therapie gewisse Anpassungen in der Praxis erfolgen wie zum Beispiel, indem die Inhalte wiederholt oder reduziert werden, langsamer als gewöhnlich gesprochen wird oder die Veranschaulichung durch verschiedene Medien angepasst wird. Eine integrative Behandlung findet meist in einem multiprofessionellen Team statt. Eine umfassende diagnostische Abklärung und eine genaue Anamnese scheinen hier wichtig für eine individuelle Behandlungsplanung. Eine Übersicht über die Biografie zeigt schon viele relevante Informationen (S. 52-56).

5.3 Setting

Es stellt sich immer wieder die Frage ob ein stationäres oder ein ambulantes Setting hilfreicher ist. Dies kann je nach Phase und Lebenssituation unterschiedlich sein.

Helmut Pauls (2013) beschreibt die Vor- und Nachteile der verschiedenen Settings, welche die Soziale Arbeit anbieten kann wie folgt (siehe Tabelle 2):

Offene, teilnehmende, aufsuchende, örtlich variable Settings	Sozialarbeitende suchen Adressaten auf, begleiten sie im Alltag und nutzen soziale Räume ausserhalb der Institution. Dies kann in Form von Hausbesuchen, sozialpädagogischer Familienhilfe oder Streetwork geschehen.	Vorteile: - Klientel bewegt sich in gewohnter Umgebung - Sozialarbeitende lernen die Klientel in ihrer Umwelt kennen - Bezugspersonen können direkt eingesetzt werden	Nachteile: - Klientel fühlt sich kontrolliert und in ihrer Privatsphäre verletzt - Durch den Zwangskontext entsteht eine geringe Motivation
Räumlich angegrenzte Settings mit Komm- struktur	Ein festgelegter Ort in einer Institution mit fixen Terminen und Zeitrahmen. Klientel mit grossem Leidensdruck suchen solche Einrichtungen wie beispielsweise eine Beratungsstelle auf.	Vorteile: - Leichter Vertrauensaufbau - Klientel können sich vorbereiten - Beratende können auf Unterlagen zurückgreifen. - Klarer Zeitrahmen	Nachteile: - Hemmschwelle ist hoch - Angst vor einer Institution und ungewohnter Umgebung - Andere Mitarbeitende können Störungen verursachen
Zeitdefinierte Settings	- Kurzinterventionen bis 6 Wochen - Mittelfristige Beratungen 6-12 Wochen - Langzeitinterventionen mehr als 6 Monate	Vorteile kurzer Dauer: - Mehr Motivation Vorteil längere Dauer: - Tiefgreifendere Problembehandlung - Mehr Zeit für Vertrauensaufbau	Nachteil kurzer Dauer: - Oberflächlichkeit - Wenig Zeit für Beziehungsaufbau Nachteile langer Dauer: - Entstehung von Abhängigkeit - Überbetreuung und Schwächung der Klientel
Zeitlich variable Settings	Variable Frequenz von Gesprächen in Abhängigkeit von Ort, Zeitpunkt, Dauer und Häufigkeit des problematischen Verhaltens	Vorteile: - Vermeidung von Unter- und Überforderung - Mitsprache der Klientel - Angepasster Aufwand	

Tabelle 2: Settings in der Klinischen Sozialarbeit (Quelle: Pauls, 2013)

Gouzoulis-Mayfrank (2003) erläutert, dass verschiedene Studien gezeigt haben, dass das Setting keine Auswirkungen auf das Konsumverhalten hat. Bei stationären Angeboten konnte die Wohn- und sozioökonomische Situation verbessert werden. Jedoch zeigte sich eine hohe Rückfallquote von bis zu 95% nach Beendigung des Aufenthaltes. Diese Erkenntnis bekundet, dass eine anschliessende ambulante Behandlung notwendig ist. Die hohe Rückfallquote erklärt sich Gouzoulis-Mayfrank (2003) damit, dass Betroffene auf lange Zeit die Dichte der Interventionen nicht tolerieren.

Andere Studien deuten darauf hin, dass Betroffene mehr von niederschweligen aber auf einen längeren Zeitraum ausgerichtete ambulante Therapien profitieren. Betroffene sollten dann stationär behandelt werden, wenn ein Entzug ambulant nicht durchführbar ist oder ein psychotischer Schub stabilisiert werden muss. Der Schwerpunkt liegt klar auf dem ambulanten Setting, welche niederschwellige und langfristige Programme anbieten können (S. 23-24).

Renate Zwicker-Pelzer (2010) erklärt, dass Sozialarbeitende in einem Setting auf die räumliche Gestaltung (gleiche Sitzhöhe, aufrechte Sitzposition, Dekoration im Zimmer, leere Stühle für weitere Personen) achten sollten. Um die Atmosphäre entspannt zu gestalten sollten Beratende nicht gehetzt in die Gesprächssituation einsteigen, dem Gegenüber in die Augen sehen und auf einen angemessenen Redeanteil achten (S. 46).

Die Autorin verweist darauf, dass die Soziale Arbeit im Vergleich zu anderen Disziplinen, welche in der Behandlung von Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit mitwirken, flexibler zwischen Orten, Zeiten und Dauer der Behandlungen wechseln und so die Betreuung genau an die Bedürfnisse eines Klienten oder einer Klientin anpassen kann. Gerade beim Vorliegen einer solchen Doppeldiagnose scheint es wichtig, die Dauer eines Gesprächs dem aktuellen Gemütszustand der Klientel anzupassen. Wenn Ratsuchende Termine nicht wahrnehmen können so schnelle und flexible Alternativdaten angeboten werden. Weil viele Betroffene in ihrem Leben meist mehrere Wechsel von stationären in ambulante Settings erleben, muss hier ein besonderer Fokus auf den Wechsel vom stationären eng betreuten Rahmen in die unabhängigere ambulante Behandlung gut geplant werden. Die plötzliche Freiheit kann für einige überfordernd sein und daher müssen sie gut aufgefangen werden. Hier können beispielsweise direkt nach dem Klinikaustritt mehrere Gespräche pro Woche terminiert werden. Bei einer Stabilisierung können die Beratungen in grösseren Abständen erfolgen. Gerade für Menschen mit dieser Doppeldiagnose scheint das Kriterium des Einhaltes von angemessenem Redeanteil wichtig zu sein. Da diese Klientel oft Schwierigkeiten mit Sprachformulierungen haben sollte Stille ausgehalten werden und Pausen akzeptiert werden.

5.4 Abstinenzorientierung

Nach Gouzoulis-Mayfrank (2003) ist die Suchtmittelabstinenz in traditionellen Behandlungsprogrammen das Leitziel für eine erfolgreiche Therapie. Durch diese Voraussetzung wird ein suchtmittelfreies Milieu geschaffen, welches helfen soll die Abstinenz zu erhalten. Diese hohen Anforderungen sind für die Klientel schwer einzuhalten. Sie sehen die Notwendigkeit einer abstinenten Lebensführung nicht oder die Hoffnung auf ein Leben ohne Sucht scheint verloren gegangen zu sein. Zudem sollte wohl überlegt sein, ob eine Abstinenz als Ziel ins Auge gefasst werden will. Dieser Weg fordert eine starke Entschlossenheit und einen hohen Grad an Kontrolle von aussen. Es kann zu Rückfällen und somit negativen Erfahrungen kommen.

Deshalb sollte die Abstinenz nicht als Voraussetzung für die Behandlung definiert sein. Die Abstinenzmotivation kann aber in der integrativen Behandlung durchaus ein Schwerpunkt darstellen (S. 24-25).

5.5 Gruppenorientierte oder individuelle Therapie

Gemäss Frank Löhner (1999) sind gruppenorientierte Therapien vor allem in der Suchttherapie ein Schwerpunkt. Die Gruppe als Setting bietet eine gute Möglichkeit, um suchtauslösende und suchterhaltende Faktoren gemeinsam zu erkennen und sich gegenseitig damit zu konfrontieren. So ist die Auseinandersetzung mit der Sucht auf allen Ebenen gefördert. Gerade Phänomene wie Verleugnung oder Verdrängung können durch Gruppentherapie erkannt werden (S. 64). Neben Selbsterkenntnis braucht nach Pauls (2013) eine Identität auch das Erkannt-werden durch Andere. Dabei sind pädagogische Gruppenarbeit, Gruppentrainings und -therapien sowie Psychoedukation wichtige Formen der Gruppenarbeit. Begegnungen finden statt und Beziehung können wachsen. Es gibt Gruppenprozesse die von Sozialarbeitenden geleitet werden und Gruppen welche sich selbst anleiten (Selbsthilfegruppen). Wichtige Themen sind dabei: Bedürfnisse regulieren lernen, mit interpersonellen Konflikten umgehen, Nähe und Begrenzung. Sozialarbeitende sind bei begleiteten Gruppen für den Rahmen der Veranstaltung, die Zusammenstellung der Gruppe, die Terminabsprache und die Einhaltung der finanziellen Regeln zuständig. Ebenfalls üben sie eine Schutzfunktion für alle Gruppenmitglieder (Schutz vor Aggressionen, Kränkungen und Traumatisierungen) aus. Dabei sollte die Gruppe weder unter- noch überfordert werden. Verbalen und nonverbalen Zeichen gilt besonderes Augenmerk (S. 197-198). Möller (2002) begegnet Gruppenprogrammen kritisch. Er hält eine einzelne Betreuung durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit für geeigneter. Durch die soziale Isolation sind Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit oft in ihrer Identität verunsichert. Kontakte zu Gruppen kann so schnell überfordern und sogar zur Produktion psychosomatischer Symptomatik führen (S. 175).

Die Autorin hält fest, dass sich Gruppenangebote gut als ergänzendes Angebot zur Einzelberatung eignen. Sozialarbeitende sollten aber darauf achten, dass keine Grenzen überschritten werden und niemand in seiner Persönlichkeit verunsichert wird.

Im nächsten Kapitel möchte die Autorin genauer auf die Methodik und Abläufe eines ambulanten Beratungsgesprächs eingehen.

6 Beratung

6.1 Definition Gesprächsmethodik in der Sozialen Arbeit

Im folgenden Abschnitt werden die Ziele und Merkmale sozialarbeiterischer Beratung aufgezeigt. Gemäss Wolfgang Widulle (2012) werden Hilfeprozesse der Sozialen Arbeit erst durch soziale Kommunikation wirksam. Sie klärt Probleme, schafft Ressourcen und Veränderungsperspektiven. Das Gespräch ist eine Kernkompetenz der Sozialen Arbeit und wird als kommunikatives Handeln und Problemlösen verstanden. Es beinhaltet methodisches Handeln, Gespräche und die Beratung (S. 13-14). Nach Zwicker-Pelzer (2010) ist das Beratungsgespräch eine [...] Beziehung zwischen einem hilfsbedürftigen System (Klientel) und professionellen Beratenden. Beratende versuchen die Klientel bei der Lösung potentieller und laufender Probleme zu unterstützen. Die Beziehung sollte zeitlich begrenzt sein und das Beratungssystem sollte ein aussenstehender Teil des Machtsystems, in welchem sich die Klientel befinden, darstellen (S. 13-14). Beratende im Kontext der sozialen Arbeit müssen gemäss Gregor Husi und Simone Villiger (2012) rechtliche Kenntnisse, administrative Fähigkeiten, Vernetzungswissen und profundes Wissen über das Sozial- und Gesundheitswesen mitbringen (S. 73). Esther Weber (2012) weist auf den sozialen Wandel und die daraus geprägten Lebensgestaltungen der Individualisierung und Pluralisierung hin. Lebensgestaltungen sind zunehmend von Mobilität, Flexibilität, Ungewissheit und Risiko geprägt. Daher müssen Menschen ihr Handeln immer wieder neu und individuell anpassen und begründen. Viele sind damit überfordert und es wird schwieriger in der Komplexität des Alltags die Auswirkungen ihrer Entscheidungen einzuschätzen. Daraus folgt: Arbeitsplatzverlust, Existenzängste, Krankheit, Erziehungsprobleme, Trennungen, finanzielle Probleme und Schulden. Mangelnde Möglichkeiten der Einflussnahme stellen diese Menschen vor vollendete Tatsachen. So machen sie die Anspruchsnahme der Dienstleistung der Beratung der Sozialen Arbeit notwendig. Beratende sollen die Klientel dabei unterstützen, Ressourcen hinsichtlich Persönlichkeit, Kontext und Beziehung zur Umwelt zu erschliessen. So werden die Klientel nicht nur hinsichtlich ihrer immateriellen und materiellen Ansprüche informiert, sondern auch in deren Erschliessung unterstützt. Das Ziel der Beratung ist, dass die Klientel ein möglichst selbstbestimmendes und eigenverantwortliches Leben führen können (S. 8-11). Beratung von Doppeldiagnoseklientel findet oft im Rahmen der Klinischen Sozialarbeit statt. Deshalb wird diese Fachdisziplin der Sozialen Arbeit im nächsten Kapitel näher beleuchtet.

6.2 Klinische Sozialarbeit

Brigitte Geissler-Piltz, Albert Mühlum und Helmut Pauls (2005) sprechen von Klinischer Sozialarbeit, wenn eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahrgenommen werden. Die Klientel sind einzelne Klienten und Klientinnen sowie auch Familien deren Belastungen reduziert und deren Problembewältigungsverhalten durch methodisch geleitete Unterstützung verbessert werden soll. *Klinisch* (griechisch für kliné) bedeutet Lager oder Bett und bezieht sich auf die Arbeit mit Kranken. Der Fokus richtet sich auf die bio-psycho-soziale Gesundheit und Entwicklung eines Menschen.

Dieser Begriff umfasst auch alle Massnahmen und Interventionen welche Gesundheitsrisiken mindern und psychosoziale Folgen vorbeugen (S. 10-12).

Im Gegenteil zur anderen Disziplinen geht es laut Silke Gahleitner und Gernot Hahn (2009) in der Klinischen Sozialarbeit um die Bedingungen und Zusammenhänge bio-psycho-sozialer Phänomene (S. 7). Lea Hollenstein und Peter Sommerfeld (2009) legen dar, dass die Soziale Arbeit in den 1970er-Jahren ein integraler Bestandteil der Psychiatrie geworden sei. In diesem Zusammenhang stellen das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell (siehe Abbildung 7) und die WHO-Gesundheitsdefinition ("Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.") wichtige Modernisierungsschritte dar (S. 45)

Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell

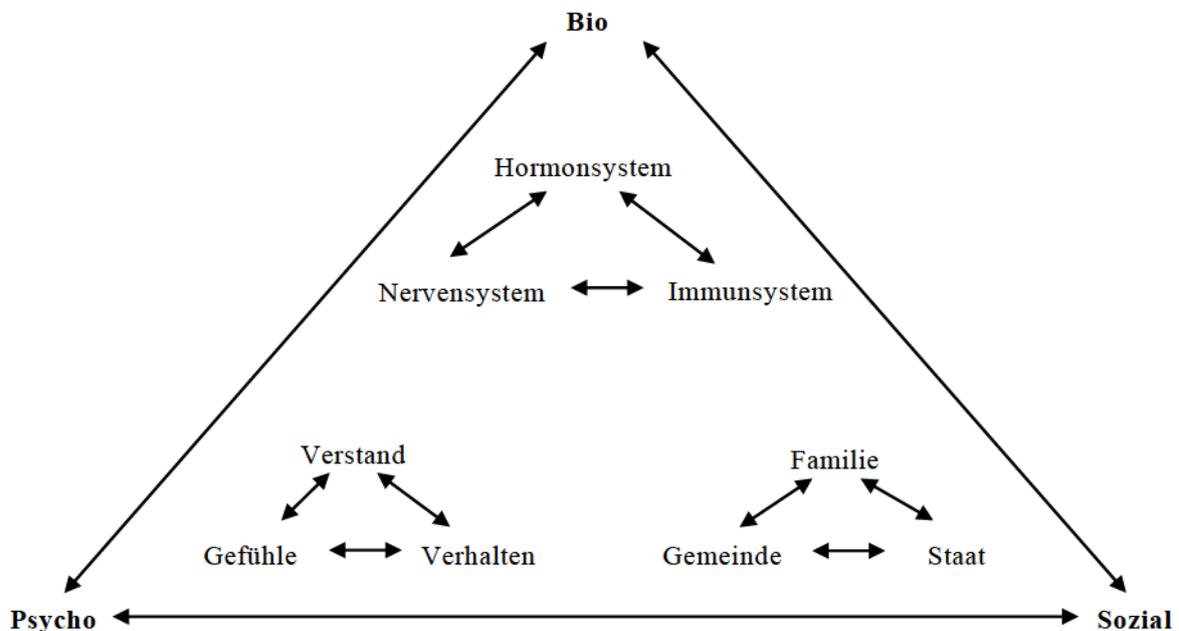


Abbildung 7: Das bio-psycho-soziale Modell (Quelle: nach Friedrich 2000, zn. Beck & Borg-Laufs 2010, zit. in Pauls, 2013)

Pauls (2013) zeigt mit dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, dass neben den somatischen auch die psychosozialen Faktoren zur Erklärung von körperlichen Erkrankungen eine Rolle spielen. Diese drei Bedingungen (biologisch-organische, die psychische und die soziale) stehen in einer ständigen Wechselwirkung. Aus diesen Wechselwirkungen können Entwicklung und Veränderung von Störungen erklärt werden. Der Mensch wird als Teil umfassender Systeme wie auch selber als System mit vielen Subsystemen erklärt. Die entscheidende Ebene für die Wahrnehmung einer Krankheit ist die Person mit ihren Erfahrungen und Verhaltensweisen. Soziale und psychische Fak-

toren sind gleich wichtig wie die biologischen, und müssen darum in die Diagnostik und Behandlung einbezogen werden (S. 98-99).

Die Fachdisziplin Klinische Sozialarbeit steht der Aufgabenstellung psychosozialer Beratung, Sozialtherapie und Kriseninterventionen entgegen. In den Aufgabengebieten Kinder- und Jugendhilfe, ambulante Beratungsstellen, ambulante psychiatrische Versorgung, teilstationären- und stationären Einrichtungen, Reha-, Fach- und Akutkrankenhäusern, forensische Einrichtungen (Massnahmevollzug oder Resozialisierungsprogramme) und gerontologische Einrichtungen kann die Klinische Sozialarbeit methodisch mitwirken. Sozialarbeitende müssen sich daher mit komplexen Problemen auseinandersetzen. Sie sind in diesem Feld zuständig für Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung sozial oder psychisch leiden. Voraussetzungen dafür sind Methodenkenntnisse und einen respektvollen Umgang mit den Klientel. Im Fokus liegt die Lebenswelt und der Alltag der Erkrankten. Ziel der Sozialen Arbeit ist es, die Klientel in der Krankheitsbewältigung zu unterstützen und sie zu motivieren, ihre Ressourcen zu erkennen und zu nutzen (S. 13-14).

6.3 Das Beratungsgespräch

Nach Weber (2012) beruht ein Beratungsgespräch in der Sozialen Arbeit auf der Leitidee der Selbstkontrolle über das eigene Leben der Klientel. Sozialarbeitende gehen davon aus, dass die Klientel in der Lage sind ihre Lebensführung zu meistern. Es muss Sozialarbeitenden bewusst sein, dass die Klientel häufig vom Gegenteil ausgeht. Hilfe vom Sozialsystem in Anspruch zu nehmen wird gleichgesetzt mit Kontrollverlust und Emotionen der Beschämung und Demütigung. Deshalb erscheint es wichtig, durch die objektive Ungleichheit eine Ausgangslage zu schaffen, indem eine Vertrauensbasis erarbeitet wird um eine zielführende Beratung zu generieren. Die Grundhaltungen der Akzeptanz und der jeweiligen Lebenssituation, die Würdigung der Lebensweise, die Ermöglichung der Teilhabe an der Gesellschaft und der Schutz der Privatsphäre sind somit Voraussetzungen für eine Beratung (S. 5-6). Deshalb müssen Sozialarbeitende Fähigkeiten wie *aktives Zuhören* und *paraphrasieren* anwenden. Sie sollten *offene Fragen* stellen und auf *nonverbales Verhalten* achten (S. 23). Zwicker-Pelzer (2010) betont ergänzend das *Reframing*. Dabei werden Aussagen positiv umgedeutet und einer Situation eine andere Bedeutung oder ein anderer Sinn zugewiesen und zwar dadurch, dass man versucht die Situation in einem anderen Kontext zu sehen (S. 134).

Georg Kremer und Michael Schulz (2012) erklären das *Empathie ausdrücken* als wichtiges Grundprinzip in Gesprächssituationen. Dabei kann die Bereitschaft sich in andere Menschen hinein zu fühlen als wesentliche Fähigkeit gezählt werden die Sozialarbeitende mitbringen sollten. Empathie meint, die Sichtweisen, Gefühle und Standpunkte der Klientel zu verstehen ohne sie zu bewerten. Bei Menschen mit Psychose erfordert die Empathie ein echtes Interesse an der subjektiven Bewertung und Bedeutung des psychotischen Geschehens (S. 38-39). Nach Erhard Köllner (1996) sollten Beratende durch Wertschätzung und Selbstkongruenz versuchen, Ratsuchende für Hoffnung, Mut

und neue Erfahrungen zu öffnen. Hierbei helfen lösungsorientierte Fragen wie: „Was müsste geschehen, dass es Ihnen besser geht?“ oder „Was sind die nächsten Schritte?“ (S. 10). Für Sozialarbeitende gilt es die Balance zwischen Nähe und Distanz zu halten. Dabei können sie am Klientel teilhaben ohne ein Teil von ihnen zu ihrem zu machen. Echtheit und Kongruenz sind hier Schlüsselkompetenzen (S. 14-15).

Die Autorin wird in den folgenden Abschnitten wichtige Begriffe und Grundlagen der Sozialen Arbeit, welche in der Beratung von Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit zentral sind, herausarbeiten. Daraus werden mögliche Beratungsschritte anhand des zirkulären Problemlösungsprozesses nach Weber (2012) erklärt.

6.3.1 Lösungsorientierte Fragen

Gemäss Weber (2012) liegt der Schlüssel zur Überwindung von Problemen bei den Betroffenen selbst. Sie wissen nur nicht wo. In der lösungsorientierten Beratung machen sich Sozialarbeitende und Klientel gemeinsam auf die Suche. Krisen und Probleme gehören zum Leben. Sie sind Impulse für Entwicklung und persönliches Wachstum. Die lösungsorientierte Beratung setzt an den Stärken und Ressourcen der Klientel an, um Wege aus der Krise zu finden. Gezielte Fragestellungen helfen, Ziele für die Beratung zu formulieren um ein Arbeitsbündnis zu generieren. Methodische Fragen können ein Gespräch lenken und lassen beteiligte ihre Erzählungen einbringen. Sie dienen auch einer interaktiven Beziehungsgestaltung und sollen neue Perspektiven ermöglichen und dazu anhalten, alte Denkmuster zu verlassen. Dabei ist es wichtig, offene Fragen zu stellen. Fragen nach der **Wirklichkeitskonstruktion** decken Beziehungsmuster auf und zeigen, dass problematische Verhaltensweisen nicht unbedingt intrapsychisches Verhalten sein muss sondern in Zusammenhang mit dem System gebracht werden. Fragen zu **Möglichkeitskonstruktionen** können neue Impulse für Lösungsansätze sein. Mit der Frage „Welche positiven Auswirkungen hätte es auf Ihren Alltag, wenn das Problem gelöst wäre?“ verschaffen sich Sozialarbeitende Zugänge zu neuen Ideen und Perspektiven. Lösungsorientierte Fragen weisen auf die Veränderung ausserhalb des Beratungsgesprächs hin. Zu Anfang jedes Gesprächs kann hier die Frage „Was soll im heutigen Gespräch geschehen?“ ein guter Einstieg sein und Informationen über die Erwartungen geben. Die Fragen nach **Ausnahmen von Problemen** scheint besonders wichtig. Es gibt immer Zeiten in denen das Problem mehr oder weniger auftaucht. In diesen Zeiten steckt die Lösung. Dabei wird nach Verhaltensweisen gesucht, welche in problemfreien Zeiten angewendet wird. Einige Ratsuchende tun sich schwer mit dem Berichten von Ausnahmen. Ihre Situation scheint ausweglos und schlimm und es scheint, als ob es keinen Hoffnungsschimmer gäbe, ausser wenn ein Wunder geschehe. Mit der Frage „Woran würden sie merken, dass ein Wunder geschehen ist?“ wird positives Visualisieren ermöglicht und eine Problemlösung suggeriert. Skalierungsfragen können dabei helfen das Vertrauen in die eigenen Ressourcen zu stärken und Unterschiede in Prozessen sichtbar machen. Mit Fragen zu Bewältigungsstrategien zeigen Sozialarbeitende Bewunderung und Respekt für Themen wie Krankheiten,

Tod oder traumatische Erlebnisse. Mit der Frage „Woher nehmen sie die Kraft mit ihrer Krankheit umzugehen?“ können aber auch Bewältigungsstrategien erfragt werden (S. 45-49).

6.3.2 Systemisch arbeiten

Ertl et al. (2002) beschreiben Systeme als Einheiten, die durch Definition oder Funktion als zusammengehörig angesehen werden und durch geordnete Prozesse und Strukturen charakterisiert sind. Sie sind Elemente grösserer Systeme und gliedern sich wiederum in Subsysteme. Im systemischen Denken wird die mannigfache Vernetztheit und wechselseitige Beziehung der einzelnen Elemente, eines Systems in den Mittelpunkt gestellt. Die Einzelperson wird als System aufgefasst, welches selbst als ein Teil in das grössere Familiensystem eingebunden ist, welches wiederum selbst ein Teil eines grösseren Gesellschaftssystems darstellt. Systemische Orientierung erklärt Probleme nicht als Symptom von Einzelpersonen, sondern als Symptome von Konflikten zwischenmenschlicher Art und gesellschaftlichen Anforderungen. Dabei sollte aber keineswegs nur die Familie und die intrafamiliären Probleme fokussiert werden. Es gibt zahlreiche ausserfamiliäre Umweltbedingungen wie soziale Umwelten, Lebenslage, sozioökonomische Bedingungen oder gesellschaftliche Aufgabenzuweisungen, welche auf ein System einwirken (S. 171-172).

Gemäss Weber (2012) grenzt sich ein System von seiner Umwelt ab und ist trotzdem von diesem abhängig. Systeme wie Familien, Beratungsstellen und Freundeskreise grenzen sich voneinander ab (S. 24-26). Hier gilt es vor allem auch Macht- und Abhängigkeitsverhältnis zu beachten. Gerade geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Ressourcen, Bedürfnissen und Interessen dürfen nicht ignoriert werden (S. 174-175). Pauls (2013) betont die Wichtigkeit positiver sozialer Kontakte zu wichtigen Bezugspersonen. Viele Betroffene haben Zugang zu künstlichen Netzwerken wie Selbsthilfegruppen oder Pflegeeinrichtungen. Dabei scheint es zentral, dass auch im privaten Umfeld noch vorhandene Kontakte identifiziert und die Bereitschaft zur Wahrung dieser Kontakte gefördert wird. Angehörige, Peer-Gruppen oder Arbeitskollegen können eine wichtige Hilfe sein um wieder „normale“ Kontakte zu pflegen. Auch Kontakte zu Vereinen oder offenen Gruppen können der sozialen Isolierung und angeeigneten defizitären Kontaktverhaltensweisen entgegenwirken (S. 81). Ein unterstützendes familiäres Umfeld mit fürsorglicher und akzeptierender Haltung ist gemäss Gouzoulis-Mayfrank (2003) für Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit unumstritten. Auch finanzielle Hilfen und praktische Unterstützung ist wertvoll. Leider haben viele Betroffene den Kontakt zur Familie eingebüsst. Psychoedukation (siehe Kapitel 6.4.4) bei Angehörigen kann helfen, Unterstützung wieder zu aktivieren und die Unterstützung der Familie zu sichern. Darum erscheint es wichtig, dass Angehörige in den Beratungsprozess miteinbezogen werden (S. 42-43).

6.3.3 Lebensweltorientierung / Mensch in Umwelt

Ertl et al. (2002) beschreiben die Lebenswelt als die individuelle Wirklichkeit eines jeden Menschen. Dabei repräsentiert sie alles was fraglos erlebt wird und als selbstverständlich wahrgenommen wird. In der Beratung macht es Sinn, Lebenswelt als Element subjektiver Realität zu berücksichtigen (S. 139-142). Eine Person muss gemäss Pauls (2013) immer in Beziehung zu ihrer Umwelt verstanden werden. Wenn Sozialarbeitende sich um eine Person kümmern, muss neben den klientelbezogenen Massnahmen und Hilfestellungen auch deren Umwelt miteinbezogen werden, da die Umwelt und die Person voneinander abhängig sind. Wichtig dabei ist die subjektive Wahrnehmung der Person in seiner Situation. Situationen können mehrdeutig sein und sind immer eine Schöpfung der Person. Ebenfalls schliesst die Lebensweltorientierung auch die materielle Umgebung mit ein, welche unabhängig von der subjektiven Wahrnehmung ist. Die Tatsache, dass abweichendes Verhalten eine Reaktion auf soziale Bedingungen der Umgebung und eine psychische Verhaltensweise ist, stellt keine Rechtfertigung für normabweichendes Verhalten dar. So können Aussagen der Klientel, welche sich als Opfer der Bedingungen („die Gesellschaft ist verantwortlich für meine Situation“) sehen, angesprochen werden. Gleichzeitig haben Beratende mit Menschen zu tun die aufgrund sozialer Benachteiligung dauerhaft in solchen defizitären Situationen leben. Hier gilt es die individuellen Bedürfnisse und Handlungsmuster wahrzunehmen und ihre Sinnperspektiven zu verstehen. Die sozialen Beziehungen mit ihren Interpretationen, Kommunikationsmustern und Unterstützungssystemen, welche in der Lebensbewältigung helfen könnten, sollten verstanden und eingesetzt werden. Daraus können wichtige Entwicklungsaufgabenperspektiven (Coping) entstehen um mit Belastungen und Stress umzugehen (S. 64-72). Pauls (2013) empfiehlt, substanzabhängige Personen eher in einer ambulanten Suchttherapie zu beraten, da sie dort in ihrer realen Lebenswelt eine Auseinandersetzung mit sozialen, beruflichen oder familiären Gegebenheiten ausgesetzt sind. Im stationären Bereich leben sie abgeschnitten von ihrer Lebenswelt (S. 152). Ertl et al. (2002) plädieren dafür, Beratungsangebote so flexibel in Bezug auf Strukturierungsansätze zu gestalten, dass sie unkompliziert und schnell auf die Probleme der Personen angewandt werden können. Gemäss ihrer Lebenswelttheorie sind sie gegen eine enge Rekonstruktion von Problemen auf kommunikative Vorgänge in engen begrenzten Räumen. Durch die Beratung „im offenen Feld der lokalen Umgebung“ sollen Sozialarbeitenden Einblick in die Lebensgestaltungen geben. Um Probleme zu bewältigen ist die Suche nach Lösungsmöglichkeiten innerhalb des vertrauten Reflexions- und Interaktionsrepertoires der Lebenswelt wichtig (S. 146-147).

6.3.4 Ressourcenorientierung

Unser Blick ist im Alltag meist mehr auf Defizite als auf Ressourcen gerichtet, schreiben Matthias Hammer und Irmgard Plössl (2012). Es lohnt sich aber auch über die Stärken der Klientel nachzudenken (S. 28). Nach Weber (2012) ist es Ziel der Sozialen Arbeit, eine Besserstellung der Ressourcen von Menschen herzustellen. Deshalb soll die Soziale Arbeit einerseits bereits bestehende

Ressourcen erfassen und Mittel zur Erschliessung von Ressourcen zur Verfügung stellen. Dazu gehören Grundbedürfnisse wie Wohnung, Nahrung, Geld, Bildung, medizinische Versorgung, Beziehungen (S. 32).

Hammer und Plössl (2012) unterscheiden hier zwischen äusseren und inneren Ressourcen. *Äussere Ressourcen* können soziale Kontakte wie beispielsweise die Familie, Freunde oder Nachbarn sein oder materielle Ressourcen wie finanzielle Rücklagen, Wohnung, Auto oder Führerschein. Sozialarbeitende können Zugang zu äusseren Ressourcen wie zum Beispiel Rechtsauskünfte geben, Schuldensanierung, wirtschaftliche Sozialhilfe oder Beratungen anbieten. *Innere Ressourcen* können Eigenschaften und Fähigkeiten einer Person sein wie beispielsweise Humor, Sprachkenntnisse, eigene Interessen oder intellektuelle Fähigkeiten. Wichtig ist, dass die Klientel erfahren wodurch sie einen Sinn in ihrem Leben erkennen können und welche Bedeutsamkeit die Nutzung ihrer Ressourcen in ihrem Leben hat. Es muss sich für sie lohnen, damit solche Ressourcen aktiviert werden. Es darf nicht als Widerstandshaltung interpretiert werden, wenn sie ihre eigene Meinung aussprechen oder sich nicht leicht umstimmen lassen. Helfende wünschen sich meist Folgsamkeit ihrer Klientel (sogenannte Compliance). Zur Stärkung der Selbstbefähigung ist es jedoch wichtig Ratsuchende zu bestärken ihre Meinung zu vertreten. Wenn diese ärgerlich auftreten kann dies als Zeichen gewertet werden, dass sie gegen das Gefühl der Hilflosigkeit ankämpfen und selbst Verantwortung für ihre Situation übernehmen. Ärger auszudrücken ist insofern eine Möglichkeit Selbstbefähigung auszudrücken die Fachkräfte respektieren sollten. Für psychisch kranke Menschen hat es positive Auswirkung auf den Genesungsprozess, wenn Hoffnung und Zuversicht vorhanden sind. Gerade bei schwankenden Gefühlslagen und vielen Rückfällen kann es für Betroffene schwierig sein, immer wieder Hoffnung auf eine bessere Zukunft zu haben. Deshalb können Sozialarbeitende hier stellvertretend Hoffnung auf Besserung vermitteln (S. 28-29).

Ein weiteres Ziel ist es nach Weber (2012), dass die Klientel selber viel Verantwortung und Mitspracherecht erhalten um wieder eigenständig leben zu können und den Zugang zu diesen Ressourcen unabhängig erschliessen können. Oft fehlen den Klientel ihre inneren Ressourcen wie Fähigkeiten und Kompetenzen genau in den schwierigen Situationen. Deshalb suchen sie eine Beratung unter Leidensdruck auf und erwarten von den Sozialarbeitenden, dass sie das Problem lösen. Gemeinsam werden so Situationen analysiert und nach Lösungen gesucht. Die Wünsche, Bedürfnisse, Befürchtungen, Hindernisse und Konflikte sollen eruiert werden. Die Aussicht auf eine Veränderungsbereitschaft ist nur erfolgsversprechend, wenn die Beratung von der Klientel als positive Ressource erlebt wird. Sozialarbeitende müssen wissen, dass Situationen wie Krankheit, finanzielle Notlagen, Gewalterlebnisse oder Verluste immer eine Verletzung des Grundbedürfnisses nach Unlustvermeidung bedeuten. Deshalb müssen sie statt Mutlosigkeit fördern, Hoffnung vermitteln. Die Feststellung, dass man nicht in der Lage ist, seine Situation selber bewältigen zu können, ist für viele Menschen mit einer Kränkung oder Scham verbunden. Deshalb müssen Sozialarbeitende wertschätzend auftreten und Gelegenheiten bieten, auch Positives zu berichten. Klare Informationen,

Strukturen und Transparenz helfen der Klientel, den Kontrollverlust zu minimieren und Erfolgserlebnisse zu haben (S. 32-34). Pauls (2013) erläutert zusätzlich, dass durch das Anknüpfen an Stärken und Fähigkeiten neue Fähigkeiten der Problembewältigung (Coping) erworben werden können. Dabei können der Einbezug des sozialen Netzwerks, die Motivation der Klientel oder auch die Beziehung zu den Sozialarbeitenden wichtige Ressourcen sein (S. 151). Bossard et al. (2013) beschreiben die Dünnhäutigkeit von psychotischen und suchtkranken Menschen. Dabei können Fähigkeiten wie Sensibilität, befremdende Verhaltensweisen auch Ressourcen einer Person sein. Wenn Schwierigkeiten auftreten, gelingt es solchen Menschen sich zurück zu ziehen und einen eigenen Existenzraum aufzubauen. Zudem ist es diesen Menschen gelungen, Bezüge zur Welt herzustellen, die es ihnen ermöglichen sich zugehörig zu fühlen. Das können Alltagsroutinen sein, wie der Besuch eines Einkaufszentrums um Menschen zu sehen oder die Orientierung an religiösen Beziehungen um das eigene Dasein in dieser Welt zu erklären. Zudem ziehen sich viele Betroffene in eine Art Schneckenhaus zurück und erscheinen dabei für Aussenstehende apathisch und ausgebrannt. Hierbei handelt es sich aber um einen positiven Rückzug. Betroffene können so in einem geschützten Raum sorgfältig und in kleinen Schritten Alltägliches üben (S. 236-237).

6.3.5 Empowerment und Recovery

Gemäss Hammer und Plössl (2012) bedeutet *Empowerment* übersetzt Stärkung der Eigenmacht, Selbstermächtigung und Selbstbefähigung. *Recovery* bedeutet Gesundung oder Wiedererlangung von Gesundheit. Dabei steht nicht nur die ganzheitliche Genesung im Vordergrund sondern, dass Betroffene ein erfülltes und zufriedenes Leben führen können. Damit Sozialarbeitende nach dem Grundsatz des Empowerments und Recovery arbeiten können, braucht es einige Grundsätze. Es muss sichergestellt werden, dass Betroffenen alle notwendigen Informationen in verständlicher Form zur Verfügung stehen. Wenn die Klientel dann eine Entscheidung treffen, gilt es diese zu akzeptieren und wirksam zu unterstützen. Der Grundsatz *die Klientel als Experten ihres Lebens*, dass Betroffene also am besten wissen was gut für ihr Leben ist, fördert den professionellen Respekt vor diesen Entscheidungen. Dabei dürfen kritische Einwände seitens der Sozialarbeitenden eingebracht werden um sie vor eventuellen Misserfolgen zu bewahren. Empowerment heisst letztlich den Klientel das Recht auf Risiko zuzugestehen und ihre Entscheidungen zu respektieren. Entscheidungen können auch nur dann getroffen werden, wenn echte Alternativen zur Auswahl stehen und nicht schon im vorneherein ausgeschlossen sind (S. 26-27). Menschen mit Erfahrung mit ihrer Doppel-diagnose spüren und wissen sehr genau um ihre Symptome und Umgangsformen mit den Erkrankungen. Wie bereits erwähnt wechseln Betroffene die Behandlungsstellen mehrmals. Daher bringen sie meist schon viel Erfahrung im Umgang mit ihren Krankheiten mit. Als Fachkräfte gilt es diese Ressourcen zu nutzen. Sozialarbeitende können sich erklären lassen, was bisher geholfen hat und was weiterhin so bleiben sollte (S. 33).

Die Autorin verweist auf Kapitel vier, von dem wir um schwankende Verläufe und verschiedene Phasen einer Sucht- oder Schizophrenieerkrankung wissen. Sozialarbeitende können durch dieses

Wissen und die Erklärung der Klientel ihre Interventionen auf das aktuelle Befinden anpassen. Es macht ebenso wenig Sinn, in Phasen der Erholung einen ehrgeizigen Rehabilitationsplan zu erstellen wie in einer akuten Psychose eine ambulante Beratung durchzuführen.

6.4 Zirkulärer Problemlösungsprozess nach Weber

Die Soziale Arbeit ist auf Theorien und Modelle angewiesen. Dies, um das eigene Tun wie auch das Tun der Klientel zu beschreiben, zu erklären und um Regeln für problemlösendes Handeln aufzustellen. Darum hat die Autorin auf den zirkulären Problemlösungsprozess nach Weber (2012) zurückgegriffen und wird anhand dieses Modells aufzeigen, wie eine Beratung von Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit ablaufen könnte (siehe Abbildung 8). Das Modell von Weber gilt in der allgemeinen Praxis der Sozialen Arbeit als handlungsleitendes Modell. Die in diesem Kapitel eingearbeiteten Handlungskompetenzen können strukturiert in einer Beratung angewendet werden.

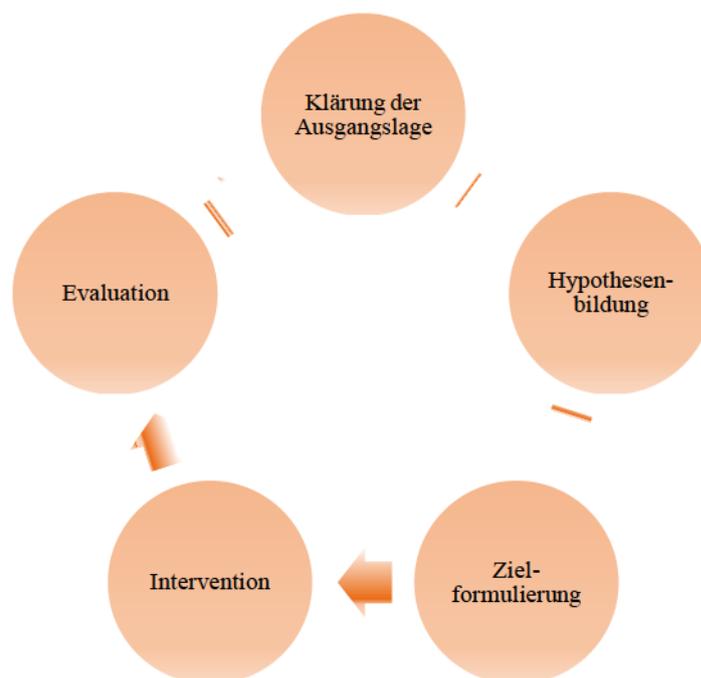


Abbildung 8: Zirkulärer Problemlösungsprozess nach Weber (Quelle: Weber, 2012)

6.4.1 Klärung der Ausgangslage

Gemäss Weber (2012) geht es in einem ersten Gespräch darum, die Wirklichkeitskonstruktion der Ratsuchenden kennenzulernen und die Situation aus seiner oder ihrer Perspektive zu sehen. Uner-schrockenes Nachfragen dient hier zur Ermittlung einer möglichst konkreten Situationserhebung und Ermittlung des Unterstützungsbedarfes mit dem Ziel, einen gemeinsamen Auftrag zu bestimmen. Dabei wird gemäss dem systemischen Ansatz die Kundigkeit aller Beteiligten miteinbezogen

und ein Problemlösungsprozess als wechselseitige Einflussnahme anerkannt (S. 35-36). Die Hilfe der Sozialen Arbeit bewegt sich zwischen materieller Hilfe, Kontrolle und psychosozialer Beratung. Das Interesse der Klientel betreffend ihrer Veränderungsbereitschaft ist dabei nicht immer gross. Angehörige wollen, dass den Ratsuchenden geholfen wird. Deshalb stehen Sozialarbeitende zunehmend unter Leistungsdruck. Eine sorgfältige Auftragsklärung ist trotzdem eine wichtige Investition. Grundlegend dafür sind die Klärung der Fragen, welche im Institutionskontext gestellt werden müssen, die Frage nach dem Zustandekommen eines Erstgespräches und die Klärung der Gestaltung der Interaktionen (S. 39).

Gemäss Weber (2012) gibt es drei Kategorien von Erstgesprächen:

Das erbetene Erstgespräch

Ratsuchende melden sich meist selber für ein Gespräch und entscheiden über die Dauer und den Inhalt der Beratung. Sie haben hohe Erwartungen an die Sozialarbeitenden und erhoffen sich schnelle Lösungen. Diese Klientel kommen meist gut vorbereitet und ein fließendes Gespräch ist gut möglich.

Das angebotene Erstgespräch

Bei solchen Gesprächen werden die Beratungen den Klientel angeboten. Sozialarbeitende stufen gewisse Menschen als gefährdet ein und bieten diese Dienstleistungen zum Beispiel in der Gassenarbeit oder in der Präventionsarbeit an. Die Klientel verfolgen hier über eine grosse Wahlfreiheit, ob sie das Angebot nutzen möchten oder nicht. Sozialarbeitende müssen hier ein grosses Mass an Motivation und Vertrauensbildung ausweisen.

Das von Behörden angeordnete Erstgespräch

Im Bereich der Justiz oder des Kindes- und Erwachsenenschutzes kommt es oft zu erzwungenen Gesprächen. In diesem Zwangskontext haben die Klientel wenig oder keinen Entscheidungsspielraum und müssen sich auf eine Beratungssituation einlassen (S. 40-41).

Wichtig bei der Auftragsklärung ist die Klarheit darüber, mit welcher Art von Klientel es die Sozialarbeitenden zu tun haben und welche Interaktionen gefordert sind. Dafür unterscheidet Weber (2012) drei Beziehungstypen der Hilfesuchenden:

Der Besucher oder die Besucherin

Bei diesem Typ bringen die Klientel kein Anliegen mit an welchem sie arbeiten möchten. Sie besuchen die Beratung auf Wunsche eines Anderen oder auf Anordnung einer Behörde. Dabei kann eine erste Frage sein, warum Dritte denn das Anliegen haben könnten, dass er oder sie eine Beratung

aufsuchen sollte. Mit der Frage „Was verspricht sich denn Ihr Partner davon, wenn sie heute zum Gespräch kommen?“ können unterschiedliche Erwartungen herausgearbeitet werden. Wichtig scheint hier, den Klientel keine Handlungsanweisungen zu geben. Eine gegenseitige Kooperation kann mit Transparenz und Wertschätzung erreicht werden. Hinter ablehnendem Verhalten steckt möglicherweise Mut- und Hoffnungslosigkeit.

Der oder die Klagende

Hier bringen Hilfesuchende Veränderungswünsche mit und benennen Probleme. Sie sind überzeugt, dass andere für ihre Probleme verantwortlich sind und andere Organisationen oder Menschen ihre Probleme verursachen. Deshalb kommen sie oft mit der Erwartung, dass Sozialarbeitende die anderen zur Veränderung bringen. Wichtig ist hier in einem ersten Schritt, das Kommen der Person anzuerkennen. Der erste Schritt zur Verbesserung der Situation ist scheinbar von ihnen ausgekommen, indem sie eine Beratung aufsuchen. Beobachtungsaufgaben wie beispielsweise „Beobachten Sie eine ganze Woche, in welchen Momenten es kein störendes Verhalten Ihres Mannes gibt“ eignen sich gut für diesen Beziehungstypen. In einem weiteren Schritt wird analysiert, wie sich der oder die Ratsuchende in Situationen verhalten hat, in welchen das störende Verhalten des Partners nicht vorhanden war. So können Eigenanteile erkannt und eine Kundenbeziehung entwickelt werden.

Der Kunde oder die Kundin

Diese Klientel kommen mit einem spezifischen Anliegen und möchten selber etwas zur Veränderung beitragen. Sie sehen sich selber als Teil des Problems und auch als Teil der Lösung. Bei diesem Beziehungstyp können Lösungen erarbeitet werden. Die autonome Entscheidung und bereits gemachten Lösungsschritte sollen hier anerkannt werden. Auch hier kann die Beobachtungsaufgabe ein erster Schritt des Handelns sein (S. 42-43).

6.4.2 Hypothesenbildung

Nach Weber (2012) bilden Sozialarbeitende Vermutungen als Annahmen. Diese Hypothesen dienen zur Verarbeitung der Informationen und helfen Situationen, Verhaltensmuster und Eigenschaften zu beschreiben. Solche Hypothesen bilden die Grundlage um ein Beratungsgespräch zu steuern. Diese Hypothesenbildung begleitet den ganzen Beratungsprozess und muss nicht zwingend vor der Zielformulierung eingesetzt werden. Es werden Vermutungen über den Nutzen eines störenden Verhaltens angestellt und über Ziele der Person fantasiert. So werden alle möglichen Aspekte und Themen welche den Klientel nicht bewusst waren, angedacht. Die Wechselwirkung aller Mitglieder des Systems müssen hier beachtet werden. Solche Hypothesen sollten positiv formuliert werden und möglichst genau den Zusammenhang verschiedener Personen aufzeigen. Dabei kann herausgefunden werden, welcher Teil eines Systems am ehesten zugänglich ist oder welche Intervention welche Auswirkungen haben könnte (S. 56-59). Hypothesen können laut Zwicker-Pelzer (2010) schon vor der

ersten Beratung gebildet werden. Informationsquellen können Anmeldebögen, Akten, Telefonnotizen, Symptome der Ratsuchenden oder die Art und Weise der Kontaktaufnahme sein. Wenn mit dem systemischen Ansatz gearbeitet wird sollten folgende Fragen beachtet werden:

- Wie wirkt sich das Problem auf die Stabilisierung der Familie aus?
- Wie wirkt die Familie auf die Stabilisierung des Problems?
- Um welche Themen kreist das Problem?
- Welche Konsequenzen werden Veränderungen nach sich ziehen?

Deshalb sollten Hypothesen möglichst so gebildet werden, dass sie alle Mitglieder eines Problemsystems einschliesst (S. 69-70).

6.4.3 Zielformulierung

Gemäss Weber (2012) sollen die Klientel bereits nach dem Erstgespräch aktiv werden und Ziele gemäss ihren Bedürfnissen formulieren. Solche Abmachungen sollen den Fähigkeiten entsprechend formuliert sein. Auch Beobachtungsaufgaben können ein Kontrollgewinn sein und Aktivität bedeuten. Ratsuchende sollen schnell Erfolgserlebnisse haben und sich somit als fähig erleben. Dies stärkt das Selbstbewusstsein und löst positive Gefühle aus (S. 34). Das Erarbeiten von Zielen schafft eine Arbeits- und später eine Evaluationsgrundlage. Ziele können laufend verändert und an eine neue Lebenssituation angepasst werden. Zu Beginn ist es wichtig zu wissen, wie der Auftrag lautet und wer ihn erteilt. Danach sollte eruiert werden, wer welche Aufgabe übernimmt. Ziele definieren einen wünschenswerten Endzustand und vermitteln Struktur. Basierend auf der Haltung der Sozialen Arbeit, in welcher die Klientel die Experten ihres Lebens sind, stellen Sozialarbeitende lösungsorientierte Fragen zur Zielsetzung. Das Anliegen benennt das Problem, die Veränderung benennt das Ziel und die Frage was die Sozialarbeitenden tun können ergibt den Auftrag. Dabei kann es zu Zielkonflikten kommen. Teilweise streben Betroffene widersprüchliche Ziele an. Hier muss in einem ersten Schritt die Zielkonfliktklärung stattfinden. Eine gemeinsame Definition der Probleme und Benennung der Lösungsschritte müssen geklärt werden. Auch auftretende Konsequenzen werden besprochen. Wichtig ist, dass Ziele immer positiv formuliert und im Kontext des Systems formuliert werden. Wenn sich eine Person dazu entschliesst, nichts zu ändern kann es ein Ziel sein, die Situation möglich so zu belassen wie sie ist (S. 60-64).

6.4.4 Intervention

Sozialarbeiterische Interventionen sind vielfältig. Alle bisher beschriebenen Teilschritte sind als Interventionen zu betrachten. In Bezug auf die Klientel mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit hat die Autorin wichtige und nutzvolle Interventionen herausgearbeitet, welche sich speziell für diese Klientel eignen oder Themen in Gesprächen sein könnten. Um die Intervention ins Schema des zirkulären Problemlösungsprozesses einzugliedern spricht sie hier von In-

tervention, wenn das Erstgespräch zur Abklärung gemacht wurde und nun weitere Beratungsgespräche abgehalten werden um auf die Zielerreichung hinzuarbeiten. Dabei können Inhalte wie die Psychoedukation, Lernen und Training von Alltagsfertigkeiten, Konfrontation mit Unstimmigkeiten und Wiederaufbau des Grundvertrauens Themen in den Gesprächen sein. Aufgrund der hohen Suizidrate stellt die Krisenintervention eine wichtige Intervention dar. Deshalb wird sie auch in diesem Kapitel speziell erwähnt.

Kriseninterventionen

Nach Pauls (2013) ist eine Krisenintervention eine Soforthilfe bei akuten Krisensituationen (S. 349). Weber (2012) definiert eine Krise als Ungleichgewicht zwischen den subjektiv erlebten Schwierigkeiten und den zur Bewältigung zur Verfügung stehenden Ressourcen. Das menschliche System ist aus dem Gleichgewicht geraten und die Bewältigungsstrategien reichen nicht mehr zur Restabilisierung der Balance. Krisen sind immer akut, bedrohlich und mit Ängsten verbunden. Verluste oder Beziehungsabbrüche sowie auch freudige Ereignisse können Auslöser für Krisen sein. Eine Krise kann auch eine langfristige Weichenstellung sein und nicht selten werden Verhaltensweisen, welche in einer Krise angewendet werden zur Gewohnheit. So kommt es vor, dass psychisch erkrankten Menschen in einer Krise Substanzen konsumieren um sich zu betäuben. Kleine Ursachen können in einer Krise grosse Wirkung entfalten. Darum bringt oft ein letzter Tropfen das Fass zum Überlaufen. Sozialarbeitende helfen den Klientel diese Desorientierung zu überwinden. Die Grundsätze der Autonomie gelten hier weniger. Sozialarbeitende übernehmen in einer Krisenintervention mehr Verantwortung für die Klientel und arbeiten direktiv. Eine solche Intervention ist immer zeitlich begrenzt und auf die Krise fokussiert. Ein multidisziplinäres Arbeiten mit anderen Fachkräften schafft Abhilfe (S. 80-82).

Phasen einer Krisenintervention nach Weber:

- Krise anerkennen und Setting erklären
- Situationsanalyse
- Copinganalyse
- Ressourcenanalyse
- Problemdefinition und Copingstrategien
- Teilformulierung: Zukunftsperspektiven formulieren und Netzwerk erschliessen

Problembearbeitung:

- Realitätstraining: Klientel ansprechen, wenn es in die Ferne schaut, zum Aufstehen auffordern
- Vermeiden von konfliktorientierter Beratung
- Materielle Hilfe erschliessen

- Bezugspersonen aktivieren

Abschliessend soll eruiert werden, ob die Krise überwunden ist und das Vorgehen bei potentiellen Krisen geplant werden (S. 83-84).

Krisenplan

Es ist nach Hammer und Plössl (2012) wichtig, dass komorbid Erkrankte ihre individuellen Frühwarnzeichen kennen und wissen, wie sie sich in einer solchen Situation entlasten können. Wenn solche Frühwarnzeichen, Selbsthilfemöglichkeiten und Unterstützungsmöglichkeiten schriftlich festgehalten sind, spricht man von einem Krisenplan. Ein solcher Leitfaden kann helfen in Krisen oder Rückfällen das Richtige zu tun (S. 22). Gerade bei Psychosen ist es wichtig, bereits bei frühen Warnzeichen professionelle Hilfe anzunehmen. Werden diese übersehen, wird es immer schwieriger Kontakt zu den Betroffenen aufzunehmen und sie zu behandeln. Typische Frühwarnzeichen sind; die Veränderung des Wesens durch Unruhe, erhöhte Sensibilität, Reizbarkeit, Überempfindlichkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, die Veränderung der Gefühle erkennbar an Stimmungsschwankungen, Depressionen oder Ängsten. Auch eine geringe Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen, sozialer Rückzug, Misstrauen, Probleme in Beziehungen, ungewohnte Interessen oder eine veränderte Wahrnehmung können Frühwarnzeichen darstellen. Ein Krisenplan enthält folglich die Elemente der individuellen Frühwarnzeichen sowie Entlastungsmöglichkeiten in Stresssituationen. Auch medikamentöse Hilfe kann dort vermerkt werden. Zudem müssen Unterstützungsmöglichkeiten beschrieben sein. Solche Überlegungen sollten in den Phasen erarbeitet werden, in denen es den Klientel gut geht. Wenn möglich sollte ein Krisenplan auch an nahestehende Personen verteilt werden (S. 75-77).

Umgang mit suizidalen Krisen

Hammer und Plössl (2012) berichten, dass Menschen mit einer so schweren Doppeldiagnose oft keinen anderen Ausweg aus der Krankheit finden würden, als die Selbsttötung. Wie Sozialarbeitende mit Suizid umgehen, hängt oft mit eigenen Erfahrungen mit diesem Thema zusammen. Daher sollten in Supervisionen solche Themen angesprochen werden. Dieses Thema darf kein Tabu in einer Beratungssituation sein und es sollte keinesfalls mit Ärger oder Nichtbeachtung reagiert werden. Sozialarbeitende sollten verstehen, dass suizidale Gedanken Notsignale für Leid in besonders schmerzlichen Situationen sind. Risikosituationen wie Tod eines Angehörigen, Scheitern einer Beziehung, Zurückweisung und Kränkung in der Gesellschaft oder eine Lebensphase wie Pubertät, Wechseljahre oder Pensionierung können suizidale Krisen auslösen. Migration, Entwurzelung, wirtschaftliche Probleme oder Verschuldung können ebenfalls Risikosituationen darstellen. Sozialarbeitende müssen erkennen, ob Betroffene in eine Risikobefindlichkeit geraten sind. Das meint, dass suizidale Menschen oft eine Hilflosigkeit und Ausweglosigkeit erleben. Verhaltensweisen wie

Freudlosigkeit, Verzweiflung, Druck, wahnhaftes Erleben oder Selbstvorwürfe können auf Suizidabsichten hinweisen. Betroffene sprechen suizidale Gedanken meist an. Jede Äusserung sollte ernst genommen werden. Äusserungen wie „Es macht alles keinen Sinn“ oder „Ich möchte nur noch schlafen“ zeigen, dass Betroffene keine Hoffnung mehr haben, dass ihre Bedürfnisse jemals befriedigt werden können. Deshalb lohnt es sich für sie nicht mehr zu leben. Ein wichtiges Signal ist, wenn Menschen sich um ihren Nachlass zu kümmern beginnen. Abschiedsgesten können auf suizidale Absichten aufmerksam machen. Suizidale Menschen werden ihrer Gesundheit gegenüber gleichgültig und gehen grössere Risiken ein. Ihr Denken wird eingeengt und sie sehen immer weniger Handlungsmöglichkeiten. Eine solche Einengung kann sich in sozialem Rückzug, anschliessender Vereinsamung und Isolation zeigen. Schlussendlich sehen Betroffene nur noch den einen Weg aus dieser Situation.

Sozialarbeitende sollen den Betroffenen Akzeptanz und Verständnis entgegenbringen und sich die nötige Zeit nehmen um die Situation zu verstehen. Suizidalität sollte als Notsignal verstanden werden und geht mit Hilfe fast immer vorüber. Suizidgedanken dürfen offen und ehrlich angesprochen werden. Es braucht keine Verharmlosung oder Dramatisierung. Sozialarbeitende übernehmen die Führung des Gespräches. Falls diese Verantwortung überfordern sollte, kann fachliche Unterstützung angefordert werden. Um die Gefährdung einzuschätzen sollte eine möglichst ruhige Atmosphäre geschaffen werden, indem sich Betroffene wohl fühlen. Es gibt keine starren Regeln wie ein Gespräch abzulaufen hat. Ein guter Einstieg wäre: „Ich habe den Eindruck, Ihnen geht es nicht gut“. Steigen Betroffene darauf ein, kann das Gespräch mit Fragen wie: „Ich denke, Sie möchten am liebsten Ihre Ruhe haben?“ oder „Haben Sie zeitweise das Gefühl, dass alles leer und sinnlos ist?“ weitergeführt werden. Mit Fragen wie: „Haben Sie bereits konkrete Pläne, wie Sie sich das Leben nehmen möchten?“ klären Sozialarbeitende ab, wie stark der Druck ist den suizidalen Impulsen zu folgen. Dabei gilt ein wichtiges Augenmerk den Ressourcen. Machen Betroffene Äusserungen wie: „Das könnte ich meiner Familie nie antun“, könnte die Familie als Schutzmassnahme aktiviert werden. Betroffene können auch direkt gefragt werden, was sie am Leben erhalten könnte. Beteiligte sollten miteinbezogen werden und über die Suizidabsichten informiert werden. Sie können wichtige Stützen in solchen Krisen sein.

Nach der Abklärung müssen Sozialarbeitende entscheiden ob ein ambulanter Rahmen genügt um die Krise aufzufangen oder ob es ein stationäres enges Setting braucht. Solche Entscheidungen sollten in einem Team gefällt werden. Wenn keine passenden Unterstützungsangebote vorhanden sind kann eine Einweisung in die Psychiatrie organisiert werden. Erfolgt eine Krisenbewältigung im ambulanten Rahmen erfordert dies häufigen und regelmässigen Kontakt. Dieser kann auch über Telefongespräche stattfinden. Durch regelmässigen Austausch, auch mit den Angehörigen, sollte die Suizidgefahr immer wieder neu eingeschätzt werden. Eine Krisenbewältigung im stationären Rahmen ist engmaschiger und es findet eine fürsorgliche Begleitung 24 Stunden am Tag statt. Bei

Weglaufgefahr können Sitzwachen oder Unterbringung in geschlossenen Institutionen nötig werden. Sozialarbeitende haben den Auftrag, alle therapeutischen Angebote (Medikamente, ärztliche oder psychiatrische Untersuchungen, Einbezug von Angehörigen, Klärung und Lösung des aktuellen Problems) zu ermöglichen. Auch hier sollte Hoffnung vermittelt werden und gleichzeitig viel Verantwortung für das Leben der Klientel übernommen werden. Anlaufstellen für suizidale Krisen können der Pfarrer, telefonische Seelsorge, der Hausarzt oder Selbsthilfegruppen sein (S. 236-249).

Psychoedukation

Unter Psychoedukation versteht Gouzoulis-Mayfrank (2003) die Wissensvermittlung über die Krankheit. Dabei werden Betroffene über Ursachen, Frühwarnzeichen, Auswirkungen und Behandlungen aufgeklärt. Durch dieses Wissen werden die Klientel zum Partner in einem Behandlungsprozess und können die Symptome besser einordnen. Wenn Angehörige miteinbezogen werden, kann Psychoedukation Krankheitsverläufe wesentlich verbessern. Nicht nur Krankheitssymptome gilt es aufzuklären, sondern auch Wissen über die verschiedenen Substanzen zu vermitteln. So können Krankheiten vorgebeugt und weniger schädliche Konsumformen angesprochen werden. Wichtig bei Doppeldiagnose-Betroffenen ist die Aufklärung über den Zusammenhang zwischen Psychose und Sucht und wie ein bestimmter Konsum einen Verlauf beeinflussen könnte. Psychoedukation eignet sich gut in Gruppensettings. Es ist dabei wichtig für Betroffene zu verstehen, warum sie beispielsweise aufgrund ihres Cannabiskonsums eine Psychose entwickelt haben und andere im Bekanntenkreis, welche ebenfalls Cannabis konsumieren, nicht betroffen sind. Trotz verminderter Kognition können Doppeldiagnose-Betroffene gut nachvollziehen, wie es zu ihren Diagnosen gekommen ist (S. 38-39). Walter und Gouzoulis-Mayfrank (2014) stellen fest, dass die Aufklärung über die Zusammenhänge zwischen Psychose und Sucht als Grundlage für die Steigerung der Abstinenzmotivation dienen kann (S. 81).

Nach Pauls (2013) ist die stark verminderte Krankheitseinsicht bei schizophrenen Menschen ein Hauptmerkmal der Krankheit. Da krankheitseinsichtige Betroffene bessere Behandlungsergebnisse erzielen, ist die Förderung der Krankheitseinsicht wichtig (S. 296). Dabei geht es auch um die Reduzierung von Selbstanschuldigungen Angehöriger und um den Umgang mit den Medikamenten. Psychoedukation bedeutet somit Mitwirkung der Betroffenen und deren Angehörigen bei der Behandlung. Deshalb wird sie oft in Gruppen durchgeführt. Besonders wichtig ist die Verringerung der Selbststigmatisierung. Sozialarbeitende sollen innere Gleichungen wie: Schizophrenie und Sucht = „Verrücktheit“ = soziale Zurückweisung = Hoffnungslosigkeit ändern (S. 342-344).

Lernen und Training von Alltagsfertigkeiten

Bosshard et al. (2013) erklären, wenn ein Mensch jahrelang institutionell versorgt worden ist muss er alltägliche Dinge wie Einkaufen, Waschen oder Kochen wieder lernen. So besteht eine wichtige Aufgabe der Sozialen Arbeit darin, Menschen zu helfen wieder reale Aufgaben und wirkliche An-

forderungen des Alltags zu bewältigen. Anerkennung für gelingendes Tun und die Lust daran, Erfahrungen sammeln zu können, die Möglichkeit, Entscheidungen selber zu treffen und Verantwortung über das eigene Leben zu haben gilt es zu unterstützen. Wichtig ist dabei zu erfahren, dass etwas gestaltet werden kann und das eigene Handeln Konsequenzen hat. Dabei kann gelernt werden umsichtig mit den eigenen Ressourcen umzugehen, aufgrund des knappen Budgets Strom und Wasser zu sparen oder so zu wirtschaften, dass keine Lebensmittel weggeworfen werden müssen. Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit bringen dabei aufgrund ihrer meist langen Unselbständigkeit durch Therapieaufenthalte oft Ängste mit, gewisse Sicherheiten aufzugeben und plötzlich alleine da zu stehen. Dabei gilt es für Sozialarbeitende zu klären, ob diese Veränderung zumutbar ist und welche kleinen Schritte dafür unternommen werden müssen. Ein Erstarren oder nicht-Verändern muss akzeptiert werden (S. 206). Für Betroffene mit dieser Doppeldiagnose können Regelmässigkeiten und Überschaubarkeit wichtige Hilfen bedeuten um den Alltag selbständig meistern zu können. Nach Möglichkeiten sollte immer alles beim Gleichen bleiben, so kann eine Alltagsroutine entstehen. Menschen mit Suchtproblemen und Psychosen haben genug damit zu tun, ihre Sucht und ihre Schizophrenie im Zaum zu halten. So darf es beim Alltag nicht auch noch Überforderungen geben. Meist sind solche Menschen angetrieben durch ihre Krankheiten. Deshalb können Situationen wie ein Buch lesen oder Fernseh schauen zur Beruhigung beitragen (S. 216-217).

Konfrontation mit Unstimmigkeiten und Wiederaufbau des Grundvertrauens

Nach Pauls (2013) sind Sozialarbeitende bei Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit oft mit einer sehr veränderten Realitätswahrnehmung seitens der Klientel konfrontiert. Es ist wichtig, Betroffenen in sanfter aber klarer Weise Unstimmigkeiten aufzuzeigen. Gemeinsam können Situationen exploriert werden und mit der Haltung des Beharrens auf einer Klärung der Wahrnehmung und eindeutigen Äusserungen können Betroffene ihre Wahrnehmungen begreifen. Komplizierte Interpretationen oder Rückmeldungen gehen meist an den Klientel vorbei. Deshalb ist es wichtig die Kongruenz zu fördern und das Denken der Klientel zu verstehen und kognitive Fehler anzusprechen, denn es kann sein, dass die Person etwas vollkommen anderes unter einer Aussage versteht als die beratende Person. Klientel welche von einer solchen Doppeldiagnose betroffen sind, fühlen sich oft machtlos und psychisch sowie physisch verletztlich. Sie sind überfordert mit für sie nicht mehr durchschaubaren Situationen und bewerten sich selber negativ. Daher können sie positive Rückmeldungen nur noch schwer annehmen und reagieren auf Wertschätzung und Respekt oft mit der Überzeugung, dass Sozialarbeitende ihre Unfähigkeit und Wertlosigkeit nicht verstehen oder andere Motive verfolgen (Ausbeutung oder Verletzung). Deshalb besteht ein wichtiger Teil im Wiederaufbau des Grundvertrauens und positiven Hoffnungen. Sozialarbeitende können Betroffenen beispielsweise eine Aufgabe stellen und diese nachher schrittweise zusammen besprechen. Zerstörte Grundhaltungen können wieder aufgebaut werden, indem Sozialarbeitende

die Klientel darauf aufmerksam machen, dass sie das, was sie sich nicht zutrauen, bereits geschafft haben.

Betroffene leiden auch oft an massiven inneren Konflikten zwischen Bewertungen und Selbstvertrauen und widerstreitenden Impulsen. Diese verinnerlichten Konflikte entstanden meist in der Kindheit, weil viele aus desolaten Familienverhältnissen stammen. So tragen sie ein inneres Schlachtfeld von Enttäuschungen, grandiosen Erwartungen, Wut, Sehnsucht, Angst und Nähe mit sich herum. In ihrer Überforderung und daraus folgenden Handlungsunfähigkeit blieb ihnen nichts anderes übrig, als sich für eine Seite zu entscheiden, zum Beispiel auf die der Selbstabwertung. Zudem zeigen sie oft unrealistische Erwartungen gegenüber Sozialarbeitenden. Diese Erwartungen gilt es abzubauen und so die Diskrepanz zwischen Erreichbarem und Angestrebtem zu verringern und um zu verhindern, dass zu hoch gesteckte Ziele zu einer Enttäuschung und weiteren negativen Erfahrung wird (S. 263-265).

6.4.5 Evaluation

Gemäss Weber (2012) sind die Reflexion und Evaluation wichtige Teile des methodischen Handelns. Es wird ausgewertet ob die Beratung effektiv war und die Klientel ihre Ziele erreicht haben. Der Nutzen und Aufwand wird laufend überprüft. So kann eine Qualitätssicherung stattfinden (S. 95-96). Nach Zwicker-Pelzer (2010) schliesst die Evaluation die Auswertung der eigenen Berufspraxis mit ein. Der Fokus wird in dieser Arbeit aber auf die Evaluation der Probleme der Klientel gerichtet. Evaluation kann in verschiedenen Zeitabschnitten passieren. Sicherlich macht es nach Bossard et al. (2013) Sinn, die Ziele laufend in den Beratungen zu überprüfen und zu aktualisieren. Einmal im Jahr sollte im Rahmen einer Hilfeplankonferenz eine Evaluation des letzten Jahres mit allen Beteiligten stattfinden (S. 241).

6.5 Motivierende Gesprächsführung

In diesem Abschnitt wird zuerst die klassische Methode der Motivierenden Gesprächsführung von William R. Miller und Stephen Rollnick (2009) als eine ausgewählte Beratungsmethodik im Umgang mit Betroffenen vorgestellt. Später stellt die Autorin die Methodik in leicht abgeänderter Form von Hal Arkowitz, Henny A. Westras, William R. Miller und Stephen Rollnick (2010) vor. Diese Methodik eignet sich gut um Veränderungsmotivation bei Betroffenen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit herbeizuführen.

Gemäss Miller und Rollnick (2009) arbeitet die Motivierende Gesprächsführung mit der Annahme, dass die Klientel eine ambivalente Einstellung gegenüber Veränderungen haben und die Motivation Höhen und Tiefen durchläuft. Ziel dieser Methodik ist es, die intrinsische Motivation gegenüber Veränderung zu verbessern. Beratungen welche Veränderungen erzwingen sind meist wenig erfolgreich. Ziel ist es, die Ambivalenz aufzulösen, Veränderungsmotivation zu erhöhen und Verhaltensänderungen zu fördern. Die Klientel sollen als Hauptantriebskraft der Veränderung wirken. Sozialarbeitende leiten Gespräche indem sie Diskrepanzen zwischen momentanen Verhaltensweisen und

Wertvorstellungen fördern und Widerstand umlenken. Eine Ambivalenz gegenüber einer Veränderung zeigt Wünsche, Hoffnungen und Befürchtungen der Betroffenen. Die Klientel erkennen einerseits Vorteile einer Veränderung und äussern trotzdem Bedenken aufgrund der Furcht vor der Auseinandersetzung, vor Misserfolgen oder Verantwortlichkeiten welche auf sie zukommen. Sozialarbeitende streben hier ein Verständnis für beide Seiten der Ambivalenz an. Argumenten gegen eine Veränderung sollte mit Akzeptanz begegnet werden. Widerstand umlenken entschärft eine Situation eher als dass sie sie verstärkt (S. 6). Widerstand wird oft nicht direkt verbalisiert, sondern über Umwege kommuniziert. Beispielsweise fangen die Klientel an zu argumentieren, stellen die Fachkenntnisse in Frage oder verhalten sich feindselig gegenüber den Sozialarbeitenden. Sie fangen an Fachkräfte zu unterbrechen oder nehmen eine ablehnende Haltung ein. Die Aufmerksamkeit der Klientel kann vom Widerstand weggelenkt werden, indem der Fokus verschoben wird. Dabei nehmen Beratende den Widerstand ernst, gehen aber nicht darauf ein. Danach versucht man das Thema durch eine kleine Wendung konstruktiver zu gestalten. So werden die Äusserungen in einer Form interpretiert, die eine Entwicklung in Richtung Veränderung unterstützt. Bei grosser Widerstandhaltung können paradoxe Interventionen helfen. Dabei wird das Gegenteil von dem, was man eigentlich beabsichtigt, vorgeschlagen. So kann beispielsweise vorgeschlagen werden, sie sollen so weitermachen wie bisher. Obwohl eigentlich eine Veränderungsmotivation hervorgerufen werden will (S. 62-66). Weiter empfehlen Miller und Rollnick (2009) die Selbstwirksamkeit zu fördern. Sozialarbeitende verstärken den Glauben daran, dass die Klientel die erforderlichen Handlungen ausführen können und eine Veränderung gelingt (S. 6, 17-44, 54-59).

Change Talk

Beim Change-Talk gilt es, die Ambivalenz zu intensivieren und mittels Entwicklung der Diskrepanz zwischen der Gegenwart und dem erwünschten Endzustand aufzulösen. Sozialarbeitende sollten hier auf keinen Fall eine konfrontative Gesprächsführung wählen. Fragen wie „Warum wollen Sie sich nicht ändern?“ können Argumente gegen eine Veränderung hervorrufen und die Klientel müssen sich verteidigen. Es ist wichtig, persönliche Vorteile und Gründe hervorzurufen. Dabei kann folgendes Vorgehen helfen:

Nachteile des Status-Quo: Gründe zur Unzufriedenheit mit dem jetzigen Zustand formulieren, dazu hilft eine Problemeinsicht. So gewinnen Betroffene eine Erkenntnis der ungewünschten Aspekte im momentanen Verhalten (S. 45). Dazu eignen sich folgende Fragen:

- Was stört Sie an der momentanen Situation?
- Was führt Sie zu dem Glauben etwas gegen ihren Drogenkonsum zu tun?
- Warum gibt Ihnen das zu denken? (S. 117)

An Sätze wie „das Problem ist grösser als ich vermutet habe“ oder „das ist ernst“ erkennen Sozialarbeitende, dass Betroffene Nachteile des gegenwärtigen Verhaltens erkennen (S. 114).

Vorteile einer Veränderung: Die Klientel erkennen Vorteile einer Veränderung, indem die positiven Aspekte durch eine Veränderung betont werden (S. 45). Um diese Vorteile zu erfragen eignen sich folgende Fragen:

- Wie würde ihr Leben in zehn Jahren aussehen?
- Wenn Sie einen Wunsch frei hätten der etwas ändern würde, wie würde dieser lauten?
- Was sind die Hauptgründe für eine Veränderung? (S. 117)

An Sätze wie „Meinem Partner würde das gefallen, er sagt mir oft, dass ich aufhören soll“ oder „dann wäre ich zumindest die Behörden los“ erkennen die Klientel Vorteile einer Veränderung (S. 115).

Optimismus hinsichtlich einer Veränderung: Hier wird die Hoffnung und Zuversicht hinsichtlich der Fähigkeiten einer Person die eine Veränderung vornehmen möchte, in den Fokus gestellt. Dazu eignen sich folgende Fragen:

- Was gibt Ihnen die Zuversicht, dass Sie eine solche Veränderung umsetzen können?
- Haben Sie es schon einmal geschafft, eine solche Veränderung in Ihrem Leben zu meistern?
- Welche Stärken könnten Ihnen dabei helfen? (S. 117-118)

An Sätzen wie „Ich bin eine sture Person, wenn ich mir etwas in den Kopf setze, dann mache ich das auch“ oder „Ich habe mir vor einem Jahr das Rauchen abgewöhnt, es war schwierig aber ich habe es geschafft“ kann erkannt werden, dass die Klientel eine gewisse Zuversicht gegenüber einer Veränderung mitbringen (S. 115).

Absicht zur Veränderung: Bewegt sich die Waage der Veränderung beginnen Betroffene meist, ein Verlangen oder eine Absicht zu formulieren und sprechen eine Selbstverpflichtung aus. Sie zeigen sich in Form von Vorstellungen wie Situationen sein könnten, wenn die Veränderung stattgefunden hat (S. 45-46). Fragen wie:

- Wie denken Sie zurzeit über Ihren Alkoholkonsum?
- Was sollten Sie tun?
- Was beabsichtigen Sie als nächsten Schritt zu tun?

und zusätzliche Skalierungsfragen, können bei diesem Change-Talk helfen. An Aussagen wie „Ich will nicht so weitermachen wie bisher“ oder „Das ist nicht das, was ich für meine Kinder möchte. Was kann ich tun?“ kristallisiert sich eine Absicht zur Veränderung heraus (S. 115-118).

Commitment-Talk (Selbstverpflichtung)

Beim Selbstverpflichtungsteil wird ein Veränderungsplan mit Selbstverpflichtung entwickelt. Manchmal sind Betroffene motiviert sich zu ändern, wissen aber nicht wie sie das bewerkstelligen sollen. Beratende bieten mit lösungsorientierten Fragen Hilfe an. Es muss eine Bereitschaft zur

Veränderung erkennbar sein um in diese Phase zu wechseln. Solche Momente können an folgenden Anzeichen erkannt werden:

- Der Widerstand lässt nach und die Klientel beenden Verleugnungen und Argumentieren.
- Die Klientel haben genügend Informationen zu ihren Problemen und stellen weniger Fragen.
- Die Klientel erkennen ein Problem und äussern selbstmotivierende Sätze wie „das beruhigt mich“ oder „Ich kann das schaffen“.
- Die Klientel machen Versuche mit Veränderungen ausserhalb des Beratungszimmers, indem sie zum Beispiel eine Selbsthilfegruppe besuchen (S. 176).

Wiederkehrende Ambivalenz sollte nicht unterschätzt und die Methoden der ersten Phase angewendet werden um die Veränderung zu unterstützen. Eine weitere Expertenfall stellen zu starke Anweisungen dar. Es sollen weiterhin keine Lösungen vorgeschlagen werden und die persönliche Wahlfreiheit sowie die Verantwortung den Klientel überlassen werden (S. 177-178).

Arkowitz, et al. (2010) erklären, dass komorbid erkrankte Personen meist mit mehreren Problemen, welche einen Einfluss auf die Motivation für eine Verhaltensänderung haben, in die Beratung kommen. Es muss anerkannt werden, dass sich die Störungen gegenseitig beeinflussen und die Probleme gleichzeitig behandelt werden müssen. Die Motivierende Gesprächsführung kann beispielsweise gut bei der Motivation zur Einhaltung der Medikamenteneinnahme eingesetzt werden oder zur Motivierung einer Therapieeinhaltung. Personen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit bringen meist kognitive Beeinträchtigungen wie Defizite beim Hervorbringen von Wörtern, beeinträchtigte Konzentration oder psychotische Symptome mit. Die Beeinträchtigung psychotischer Symptome kann es Hilfesuchenden schwermachen, Gesprächen zu folgen oder spontan auf Äusserungen zu reagieren. Dies führt irrtümlicherweise oft dazu, dass Sozialarbeitende denken, die Klientel seien nicht motiviert. Der Stil der Motivierenden Gesprächsführung kann mit der Betonung der Schadensverringerung kombiniert werden. So wird eine Alternative zu abstinenzorientierten und konfrontativen Ansätzen bei Suchtbehandlungen gegeben. Es macht Sinn, die Vor- und Nachteile der Einhaltung der Regeln des Beratungssettings anzuschauen. Offene Fragen führen zu einem Change-Talk. Im Rückmeldungsteil befassen sich Sozialarbeitende mit der Funktionsfähigkeit der Klientel unter ihrem Substanzkonsum. Wichtig dabei ist, dass die Betroffenen ihre Medikamente regelmässig einnehmen. Ansonsten schwindet der Erfolg der Behandlung und der Substanzkonsum erhöht sich (S. 291-294).

Wechselwirkung zueinanderstehenden Verhaltensziele

Sozialarbeitende müssen die Wechselwirkung der Symptome und des Konsums verstehen. Beispielsweise konsumiert eine Person Kokain um Gefühle der Euphorie zu bekommen anstatt sich

emotional flach zu fühlen. Dies obwohl er oder sie sich damit in finanzielle Schwierigkeiten bringt. Offene Fragen wie „Welche Wirkung hat Ihr Heroinkonsum auf ihre Stimmen?“ oder „Was geschieht psychisch bei Ihnen wenn Sie Marihuana rauchen?“ führen zu Auseinandersetzungen über Zusammenhang zwischen den psychotischen Symptomen und dem Substanzkonsum. Mit Fragen wie „Welche Probleme ruft ein Crack-Konsum bei Ihnen hervor?“ oder „Was hat Ihnen in der Vergangenheit geholfen sich weniger paranoid zu fühlen ausser zu trinken?“ ruft einen Change-Talk hervor. Später sollten Sozialarbeitende den Klientel rückmelden, wie sich der Substanzkonsum auf die Funktionstüchtigkeit auswirkt. Die Verhaltensziele für die Motivationsverbesserung müssen dann auf Verhaltensweisen erweitert werden. Mit dem Change-Talk können die Klientel in diesem Bereich unterstützt werden. Oft wird die Methodik angewendet um die Motivation der Medikamenteneinnahme aufrecht zu erhalten. Nehmen sie diese Medikamente nicht ein, erhöht sich der Konsum illegaler Drogen und die Klientel werden von den therapeutischen Wirkstoffen ferngehalten. In einem ersten Schritt eruieren die Sozialarbeitenden, wie die Klientel ihre Medikamenteneinnahme sehen und setzen den Fokus auf Hindernisse wie begrenzte Wirksamkeit, unangenehme Nebenwirkungen, Kosten oder komplizierte Einnahmepläne, welche eine Einhaltung beeinträchtigen. Dabei ist es wichtig, die Klientel über die immer grösser werdende Auswahl an Medikamenten und die immer bessere Verfügbarkeit der Wahlmöglichkeiten zu informieren. So kann Optimismus und neue Möglichkeiten für die Klientel geschaffen werden um an einer verträglichen Strategie zu arbeiten (S. 295-300). Für Walter und Gouzoulis-Mayfrank (2014) bietet die Motivierende Gesprächsführung ein geeignetes Instrumentarium um eine dauerhafte Abstinenz oder Unterstützung im Sinne einer beständigen Reduktion des Substanzkonsums und die damit verbundenen Risiken zu verändern (S. 54).

Kognitiven Beeinträchtigungen gerecht werden

Um kognitiven Defiziten gerecht zu werden, muss die Motivierende Gesprächsführung modifiziert werden. Sozialarbeitende müssen Sätze einfach und klar formulieren. Offene Fragen, welche mehrere Themen beinhalten sollten vermieden werden. Zudem helfen klar formulierte Zusammenfassungen und Reflexionen der Person sich auf das Gespräch zu konzentrieren und es logisch zu strukturieren. Schizophrene Personen haben Mühe den Zusammenhang zwischen einer Entscheidung und den Folgen daraus zu erkennen. Sie können teilweise nicht sehr lange über Vor- und Nachteile einer Veränderung nachdenken. Daher sollten sich Sozialarbeitende auf höchstens zwei negative Folgen konzentrieren und die bedeutendsten Nachteile für die Klientel fokussieren. Eine Vier-Feldertafel (Vor- und Nachteile des Konsums versus Vor- und Nachteile des Aufhörens) kann zu Verwirrung führen und deshalb sollte eine vereinfachte Aufgabe, welche sich nur auf die positiven und negativen Folgen einer Verhaltensänderung aufzeigt, benutzt werden. Einfacher noch kann mit Bauklötzchen gearbeitet werden. Die Klientel soll Klötzchen für beide Seiten von Gründen stapeln und dann schauen, auf welcher Seite mehr Klötzchen liegen.

Um die Diskrepanz zu entwickeln können Sozialarbeitende eine Liste mit persönlichen Bestrebungen erstellen lassen um den Betroffenen zu helfen ihre Zukunftswünsche zu artikulieren. Folglich kann ein Arbeitsblatt erstellt werden, worauf die Klientel drei Ziele angibt welche er oder sie erreichen möchte. Bei jedem Ziel schreiben die Ratsuchenden, welchen Einfluss sie darauf haben, damit diese Ziele erreicht werden, wenn sie den Substanzkonsum verringern oder ganz darauf verzichten würden. Die Selbstreflexion der Klientel kann durch visuelle Hilfen wie Skalen oder Bilder unterstützt werden. Solche Visualisierungen helfen auch bei der Diskussion über die Selbstverpflichtung zur Verringerung des Substanzkonsums. Auch zeigt es den Klientel Muster ihres Verhaltens und Konsums im Vergleich zu den Normen der Bevölkerung auf. Sozialarbeitende sollten auf Fachausdrücke verzichten und einfache verständliche Worte benutzen (S. 301-305).

Umgang mit positiven Symptomen

Symptome wie akustische Halluzinationen, desorganisiertes Denken oder Wahnvorstellungen erschweren ein Verstehen der Person. Betroffene übermitteln aber auch dann sinnvolle Informationen, wenn ihre Aussagen durch solche Symptome eingefärbt sind. Reflektierendes Zuhören und Paraphrasieren stehen im Zentrum um Aussagen der Klientel zu verstehen. Manche Aussagen erscheinen zunächst unlogisch. Um solche Gespräche zu entwirren muss eine aktive Bemühung seitens der Sozialarbeitenden vorhanden sein. Ordnung und Logik in ein Gespräch zu bringen verhindern eine Verschlimmerung der Symptome. Durch reflektierendes Zuhören können Beratende ihre Empathie zum Ausdruck bringen und ein Gespräch strukturieren und realisierbar machen. Solche Reflexionen sind nur sinnvoll wenn die Wahnvorstellungen veränderbar sind. Halten die Klientel aber an ihren wahnhaften Überzeugungen fest und verfestigen sie die paranoiden Vorstellungen zunehmend wenn die Beratenden nachhaken, ist es unangemessen, über paranoide Überzeugungen weiterhin nachzudenken. In solchen Situationen sollten Sozialarbeitende die Vorstellungen der Klientel anerkennen und den Fokus auf einen anderen Bereich wechseln. Da Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit oft Schwierigkeiten haben Diskrepanzen gegeneinander abzuwägen, erleben sie ein emotionales Unwohlsein. Spüren Beratende solche Gefühle nicht, können sich die Symptome verschlimmern. Daher sollten nur wenn möglich und in knappen Worten die Ambivalenz zusammengefasst werden um in den Change-Talk zu wechseln. Dadurch wird die Ambivalenz aufgelöst zugunsten einer Veränderung (S. 305-309).

Umgang mit negativen Symptomen

Betroffene bringen meist einen geringen Antrieb mit um mit den Störungen umzugehen. Sie brauchen daher mehr Zeit um auf Fragen zu antworten. Sozialarbeitende sollten das Gespräch anregen und Anzeichen für eine Motivationsverbesserung fördern. Die Teilnahmebereitschaft sollte wertgeschätzt und klar strukturierte Aufgaben verwendet werden. Manchmal braucht es aktivierende Auf-

forderungen und strukturierende Rückmeldungen welche visuell, direkt und aktivierend sind. Visuelle Entscheidungswaagen (Vor- und Nachteile aufzeichnen) und persönliche Ziellisten können hier gut eingesetzt werden (S. 310-312).

7 Schlussfolgerung

7.1 Beantwortung der Fragestellung

Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit anhand ihrer Wissens- und Handlungskompetenzen Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit unterstützen?

Um Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit optimal beraten und unterstützen zu können braucht es viel Wissen über beide Krankheiten. Betroffene weisen oft Defizite in allen Lebensbereichen auf. Deshalb hat der anfängliche Vertrauensaufbau oberste Priorität. Sozialarbeitende können neugierig die Lebenswelt der Klientel erfragen und empathisch zuhören. Wie im Kapitel sechs beschrieben, ist die Lebensweltorientierung wichtig um Verhalten der Klientel und die Wechselwirkung der beiden Krankheiten und die biopsychosozialen Bedingungen welchen sie ausgesetzt sind, zu verstehen. Die ambulante Einzelberatung eignet sich dafür gut, da sich Ratsuchende in ihrer realen Lebenswelt aufhalten und sich in sozialen Gegebenheiten üben können und nicht wie im stationären Bereich abgeschnitten von ihrer Lebenswelt leben. Wie im Kapitel 6.2 und 6.3.2 erläutert wird, ist der Mensch ein Teil eines Systems. Somit sind auch Krankheitsanteile nicht den Betroffenen allein zugeordnet, sondern agieren im System. Diese Erkenntnis kann für die Klientel wichtig sein um nicht die volle Verantwortung für ihre Krankheiten übernehmen zu müssen.

Die Soziale Arbeit geht davon aus, dass die Klientel die Experten ihrer Leben sind. Daher ist die Selbsthilfe und Förderung der Selbstverantwortung ein wichtiger Punkt. Trotzdem brauchen sie aufgrund ihrer Defizite mehr Unterstützung oder kürzere Gespräche mit mehr Pausen. Gespräche sollten klar und einfach gestaltet sein. Mehrdeutigkeiten sollten vermieden werden. Dabei sollte die Balance zwischen verständlicher Kommunikation und Überbehütung gewahrt werden.

Aufgrund der meist wiederkehrenden psychotischen Schüben und der hohen Suizidrate stellt die Krisenintervention eine wichtige Handlungskompetenz dar. Die Autonomie der Klientel wird dann zweitrangig und Sozialarbeitende müssen mehr Verantwortung übernehmen. Daher sind die Handlungsanleitungen im Kapitel 6.4.4 wichtig. Frühwarnzeichen können in guten Phasen eruiert werden, damit sie von den Klientel erkannt werden und sie sich Hilfe holen können. Wenn eine Psychose nicht anhand der Frühwarnzeichen erkannt wird, nimmt sie überhand und eine Behandlung wird schwierig. Wie im Kapitel 5.5. erläutert, sind Bedürfnisse regulieren, mit interpersonelle Konflikte umgehen und Nähe und Begrenzung wichtige Themen. Hier können Sozialarbeitende gut in Gruppen arbeiten und nur wenn nötig eingreifen oder das Gespräch am Laufen halten.

Es müssen integrative Wege gegangen werden um die Bedürfnisse der einzelnen abzudecken und der Komplexität der Komorbidität gerecht zu werden. Dabei wird vor allem der fürsorgliche Beratungsstil bevorzugt. Dies auch ganz im Sinne der Motivierenden Gesprächsführung. Wobei dort noch mehr mit Unstimmigkeiten konfrontiert werden darf. Motivierende Gesprächsführung kann gut bei Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit eingesetzt werden. Jedoch braucht es dafür auch noch andere Interventionen zur Behandlung. Beratende sollten viel Erfahrung, Wissen und Feingefühl mitbringen um diese Gesprächsmethodik erfolgreich anwenden zu können. Zudem müssen sie einschätzen, zu welchem Zeitpunkt eine solche Methodik sinnvoll ist und ab wann die Symptome zu stark sind um zielführende Beratungen durchführen zu können. Gemäss der Ressourcenorientierung haben Hoffnung und Zuversicht geben einen positiven Effekt auf den Verlauf der Krankheiten. Sozialarbeitende sollten Eigenschaften wie starke Sensibilität oder sozialen Rückzug als Ressource sehen. Betroffene haben gelernt sich zurückzuziehen und Alltägliches geschützt zu üben. Dies kann als Copingstrategie angewendet werden.

Im Vergleich zu anderen Disziplinen kann die Soziale Arbeit schnell und unkompliziert Alltagshilfe leisten. Sie kann flexibel auf die Bedürfnisse der Klientel eingehen indem sie Settings anpasst und verschiedene Zugänge bietet. Der Mensch wird in seiner Ganzheit, lebend in seiner Lebenswelt, ständig im Balanceakt mit seinen Systemen, mit all seinen psychologischen, sozialen und biologischen Anteilen wahrgenommen und durch die Grundhaltung, dass die Ratsuchenden über genügend Ressourcen verfügen um ihre Problematiken zu bewältigen, steht die Soziale Arbeit nicht in der Konkurrenz mit anderen Fachgebieten, sondern bietet einen ganz neuen Zugang zu Klienten und Klientinnen und deren Problemen.

Zum Schluss möchte die Autorin anmerken, dass die in dieser Arbeit vorgestellten Handlungsmöglichkeiten nicht abschliessend sind. Es gibt viele andere Möglichkeiten um mit Menschen mit dieser Doppeldiagnose zu arbeiten. Jedoch lässt der Umfang dieser Arbeit nur eine beschränkte Auswahl der Möglichkeiten zu.

7.2 Ausblick

Eine Doppeldiagnose scheint heute mehr die Regel als die Ausnahme zu sein. Umso mehr überrascht es, dass in der sozialarbeiterischen Literatur das Thema kaum Beachtung findet. Dies führt die Autorin darauf zurück, dass das Thema zwar im medizinisch-psychiatrischen Bereich einen festen Platz hat, aber in der Sozialberatung noch nicht explizit benannt wird. Es mangelt an Weiterbildungen die Sozialarbeitende in ihrer Arbeit qualifizieren könnte. Da die klassische ambulante Beratung in Räumen einer Institution an ihre Grenzen stösst, wäre es für die Zukunft wünschenswert, dass Sozialarbeitende ihre Beratungen flexibler nach Ort, Zeit und Datum wählen könnten.

8 Literaturverzeichnis

- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz.
- Arkowitz, Hal, Westras, Henny A., Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2010). *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen*. Weinheim: Beltz.
- Bosshard, Marianne, Ebert, Ursula & Lazarus, Horst (2013). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (5., überarb. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bundesamt für Gesundheit (2016). *Suchtmonitoring Schweiz*. Gefunden unter <http://www.bag.admin.ch/suchtmonitoring/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz - Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Gefunden unter http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14714/index.html?lang=de&download=NHZL-Zeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z_6gpJCMeH59fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- .
- Bock, Thomas (2003). *Basiswissen. Umgang mit psychotischen Patienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Conradi, Jan, Holper, Lisa & Huys Quentin (2014). Schizophrenie und Psychose. *Pro Mente Sana*, 4/2014, 28-29.
- Dilling, Horst, Mombour, Werner & Schmidt, Martin H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10., überarb. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Dörner, Klaus, Plog, Ursula, Teller, Christine & Wendt, Frank (2010). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (5., überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Duden - Deutsches Universalwörterbuch (2015). 8., überarb. Aufl. Berlin: Bibliographisches Institut.
- Ertl, Michael, Keintzel, Brigitta & Wagner, Rudolf P. (2002). *Ich bin tausend ich. Probleme, Zugänge und Konzepte zur Therapie von Psychosen*. Wien: Facultas.
- Falkai, Peter & Zaudig, Michael. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (5., überarb. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Finzen, Asmus (2001). *Schizophrenie – die Krankheit behandeln*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Finzen, Asmus (2014). Schizophrenie und Psychose. *Pro Mente Sana*, 4/2014, 6-8.
- Gahleitner, Silke & Hahn, Gernot (2009). *Klinische Sozialarbeit. Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Geissler-Piltz, Brigitte, Mühlum, Albert & Pauls, Helmut (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Reinhardt.
- Gross, Werner (1992). *Was ist das Süchtige an der Sucht?* Geesthacht: Neuland-Verl.-Ges.
- Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (2003). *Komorbidität Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis*. Darmstadt: Steinkopff.
- Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (2006). *Duale Diagnose Psychose und Sucht*. Stuttgart: Thieme.
- Hammer, Matthias & Plössl, Irmgard (2012). *Irre verständlich. Menschen mit psychischen Erkrankungen wirksam unterstützen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Heckmann, Wolfgang (1997). Suchtkrankenhilfe. In Fleisch, Elmar, Haller, Reinhard & Heckmann, Wolfgang (Hrsg.), *Suchtkrankenhilfe. Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung und Therapie* (S. 101). Weinheim: Beltz.
- Hollenstein, Lea & Sommerfeld, Peter (2009). Arbeitsfeldanalyse und Konzeptentwicklung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. In Gahleitner, Silke & Hahn, Gernot, *Klinische Sozialarbeit. Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis* (S. 189-203). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Husi, Gregor & Villiger, Simone (2012). *Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation*. Luzern: Interact.
- Kersting Volker & Arolt, Anette (2010). *Psychotherapie in der Psychiatrie. Welche Störungen behandelt man wie?* Berlin-Springer.
- Köllner, Erhard (1996). *Beratung in der Sozialen Arbeit. Übungsbuch zur Klientenzentrierten Gesprächsführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kremer, Georg & Schulz, Michael (2012). *Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie. Basiswissen 23*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kurmann, Julius (2002, 20. Mai). *Doppeldiagnosen. Krankheitsbild-Auswirkungen-Behandlung*. Vortrag gehalten im Psychiatriezentrum Luzern.
- Krausz, Michael & Haasen, Christian (2004). *Kompendium Sucht*. Hamburg: Thieme.

- Lempa, Günter (2010). Schizophrenie. In Volker Arolt & Anette Kersting (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie. Welche Störung behandelt man wie?* (S.164–165). Berlin: Springer.
- Löhner, Frank (1999). *Sucht und Psychose: Erfahrungen zur Diagnostik, Behandlung und Prognose komorbider Störungen*. Aachen: Ariadne.
- Moggi, Franz & Donati, Ruth (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Göttingen: Hogrefe.
- Moggi, Franz (2007). *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen* (2., überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Moggi, Franz (2014). Theoretische Modelle bei Doppeldiagnosen. In Marc Walter & Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen* (S.9-173). Stuttgart: Kohlhammer.
- Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2009). *Motivierende Gesprächsführung*. (3., unveränderte. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Pauls, Helmut (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Rahn, Ewald & Mahnkopf, Angela (1999). *Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sadowski, Friedrich & Niestrat, Harald (2010). *Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schell, Thomas (2014). *Moderne kognitive Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen*. Berlin: Springer.
- Seydel, Ute (2009). *Komorbidität. Sucht und Psychose. Konsequenzen für die psychosoziale Arbeit*. Hamburg: Druck Diploma Verlag.
- Suchtinfo (ohne Datum). *Das 5-Faktoren-Modell*. Gefunden unter <http://www.suchtinfo.ch/index.php/suchtinfo-ch/grundlagen/fakten-suchtinfo/das-suchtdreieck>
- Tretter, Felix (2000). *Suchtmedizin. Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Tretter, Felix & Müller, Angelica (2001). Grundaspekte der Sucht. In Felix Tretter & Angelica Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie und Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. (S. 17–32). Göttingen: Hogrefe.

- Waldemar, Ulrich (2000). *Drogen. Grundlagen, Prävention und Therapie des Drogenmissbrauchs*. Bern: Berner Lehrmittel- und Medienverlag.
- Walter, Marc & Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (2014). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weber, Esther (2012). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit* (3., überarb. Aufl.). Luzern: Interact Verlag.
- Widulle, Wolfgang (2012). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit* (2., durchgesehene Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Zaudig, Michael, Trautmann-Sponsel, Rolf Dieter, Joraschky, Peter, Rupprecht, Rainer, Möller, Hans-Jürgen & Sass, Henning (2006). *Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Berlin: Springer
- Zwicker-Pelzer, Renate (2010). *Beratung in der sozialen Arbeit*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.