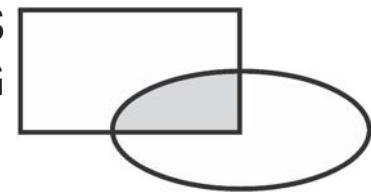


# KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS  
UND FORSCHUNG



15. Jg. ■ Heft 4 ■ Oktober 2019

## Inhalt

### Themenschwerpunkt: Abhängigkeitserkrankungen

- 3 Editorial**
- 4 Suchthilfe als Passion und Profession der Klinischen Sozialarbeit**  
Geschichte, Entwicklungsaufgaben, Zukunft  
*Michael Klein*
- 7 Klinische Sozialarbeit mit Menschen mit Essstörungen**  
*Eva Wunderer*
- 10 Doppeldiagnose Psychische Erkrankung/Sucht**  
Klinische Versorgungsprobleme aus Sicht erfahrener Praktiker\*innen  
*Sophie Rosa, Nadja Rozmus und Johannes Jungbauer*
- 14 Mothers' Perspectives: Understanding Their Role in Fetal Alcohol Syndrome**  
*Joelle Zabotka*
- 2 Zu dieser Ausgabe: Autor\*innen, Termine, Informationen, Wissenschaftlicher Beirat, Impressum**
- 16 Rezension**

## Herausgeber

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.
- European Centre for Clinical Social Work e.V.

## Zu den Autor\*innen dieser Ausgabe

**Michael Klein**, Prof. Dr. rer. nat., Dipl.-Psychologe, Katholische Hochschule NRW, Abteilung Köln, Professor für Psychologie, Leiter des Deutschen Institutes für Sucht- und Präventionsforschung (DiSuP), Kontakt: Mikle@katho-nrw.de

**Johannes Jungbauer**, Prof. Dr. phil. habil., Dipl.-Psychologe, Supervisor (BDP), Katholische Hochschule NRW, Abteilung Aachen, Professor für Psychologie, Kontakt: j.jungbauer@katho-nrw.de

**Sophie Rosa**, Sozialarbeiterin BA, Studentin im Master-Studiengang Soziale Arbeit/Schwerpunkt Klinisch-Therapeutische Sozialarbeit an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Aachen; tätig als Sozialarbeiterin im Sozialpsychiatrischen Dienst im Gesundheitsamt Kreis Düren. Kontakt: s.rosa@kreis-dueren.de

**Nadja Rozmus**, Sozialarbeiterin BA, Studentin im Master-Studiengang Soziale Arbeit/Schwerpunkt Kli-

nisch-Therapeutische Sozialarbeit an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Aachen; tätig als Stellvertretende Teamleitung im Wohnstättenverbund Kolping der ViaNobis – Die Eingliederungshilfe. Kontakt: n.rozmus@vianobis.de

**Eva Wunderer**, Prof. Dr., Dipl.-Psychologin, Systemische Paar- und Familientherapeutin (DGSF), Hochschule für Angewandte Wissenschaften Landshut, Professur für Psychologische Aspekte Sozialer Arbeit; Arbeitsschwerpunkt: Klinische Sozialarbeit mit Menschen mit Essstörungen, Kontakt: eva.wunderer@haw-landshut.de

**Joelle Zabotka** PHD, Lecturer Clinical Social Work (LCSW), Licensed Clinical Alcohol and Drug Counselor (LCADC), Assistant Professor, School of Social Work, Monmouth University (USA / New Jersey), Kontakt: Jzabotka@monmouth.edu

## Wissenschaftlicher Beirat

**Prof. Dr. Peter Buttner**, Hochschule München

**Prof. Dr. Peter Dentler**, Fachhochschule Kiel

**Prof. Dr. Matthias Hüttmann**, Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

**Prof. Dr. Johannes Lohner**, Hochschule Landshut

**Prof. Dr. Albert Mühlum**, Bensheim

**Prof. Dr. Helmut Pauls**, Hochschule Coburg

**Prof. Dr. Elisabeth Steiner**, Fachhochschule FH Campus Wien

**Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst**, Hochschule Mittweida

## Impressum

### Herausgeber:

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (v.i.S.d.P.)

DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit

ECCSW – European Centre for Clinical Social Work e.V.

### Redaktionsteam:

Anna Lena Rademaker (Leitung)

Gerhard Klug,

Ute Antonia Lammel (Heftverantwortung),

Ingo Müller-Baron, Karlheinz Ortmann

### Anzeigenakquise:

Ingo Müller-Baron,

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

E-Mail: ingo.mueller-baron@dvg.org

### Anschrift der Redaktion:

Redaktion „Klinische Sozialarbeit“

c/o Dr. Anna Lena Rademaker

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Alt Moabit 91, 10559 Berlin

Tel.: +49 (0) 521 106 7817 (Büro Bielefeld)

E-Mail: anna.lena.rademaker@dvg.org

### Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Jill Köppe, Perfect Page, Karlsruhe  
Jan Schuster, Perfect Page, Karlsruhe

### Druck:

Bachmann & Wenzel Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

### Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:  
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

**ISSN: 1861-2466**

**Auflagenhöhe:** 2.490 Exemplare

### Copyright:

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

## Kommende Ausgaben

1/2020 **Case Management**

(Redaktionsschluss: 15.09.2019)

2/2020 **Kinder- und Jugendhilfe**

(Redaktionsschluss: 15.12.2019)

## Fachtagungen der Klinischen Sozialarbeit: Ein Rückblick

### Fachtagungen Klinische Sozialarbeit in Deutschland, der Schweiz und Österreich

- ◆ 2005: 1. Fachtagung Klinische Sozialarbeit an der FH in Coburg (D)
- ◆ 2009: 2. Fachtagung Klinische Sozialarbeit an der Fachhochschule Nordwest-Schweiz (FHNW) in Olten (CH)
- ◆ 2011: 3. Fachtagung Klinische Sozialarbeit an der FH in Coburg (D)
- ◆ 2012: 4. Fachtagung Klinische Sozialarbeit an der ASH in Berlin (D)
- ◆ 2013: 5. Fachtagung Klinische Sozialarbeit „Mit Zielen arbeiten trotz widriger Umstände“ an der FHNW in Olten (CH)
- ◆ 2015: 6. Fachtagung Klinische Sozialarbeit „Sozialtherapie. Heilsame Interventionen in verschiedenen Arbeitsfeldern. Grundlagen, Forschungsergebnisse, Arbeitsansätze“ an der Katholischen Hochschule NRW (KatHO), Abteilung Aachen (D)
- ◆ 2017: 7. Fachtagung Klinische Sozialarbeit „Soziale Teilhabe fördern – in Praxis, Theorie und Forschung“ an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen (KHSB) in Berlin (D)
- ◆ 2018: 8. Fachtagung Klinische Sozialarbeit „Sozialtherapie, Beratung, Case Management – Praxeologie der Klinischen Sozialarbeit“ an der Fachhochschule Nordwest-Schweiz (FHNW) in Olten (CH)
- ◆ 2019: 9. Fachtagung Klinische Sozialarbeit „Gemeinsam gesund – Strategien und Interventionsmöglichkeiten Klinischer Sozialarbeit in sozialen Netzwerken“ an der Fachhochschule in Kiel (D)

**K**linische Sozialarbeit in der Suchttherapie titelte unser Heft 1/2013. Die statistischen Daten geben hinreichend Anlass uns in regelmäßigen Abständen diesem großen Handlungsfeld Klinischer Sozialarbeit zu widmen. Im Mai 2019 ließ die Bundesregierung verlautbaren, dass 1,6 Millionen Menschen alkohol- und geschätzte 2,3 Millionen medikamentenabhängig sind, 600 000 Menschen einen problematischen Konsum von Cannabis und anderen illegalen Drogen und 500 000 ein problematisches oder pathologisches Glücksspielverhalten aufweisen. Geschätzte 560.000 Menschen sind onlineabhängig (Bundesgesundheitsministerium 2019). 2018 waren laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 3,38 Millionen Erwachsene in Deutschland in den letzten 12 Monaten von einer alkoholbezogenen Störung betroffen. 2016 wurden 22 309 Menschen zwischen 10 und 20 Jahren aufgrund von akutem Alkoholmissbrauch in Krankenhäusern behandelt. Im Vergleich zur Behandlungszahl des Jahres 2000 entspricht das einer Steigerung von 134,5 Prozent. Das hohe Niveau ist auch für 2018 bestätigt. (DHS 2018, 2019).

Soziale Arbeit mit klinischem Sachverstand, mit sucht- und sozialtherapeutischen Handlungsansätzen ist in allen Bereichen der Suchtprävention und Suchtbehandlung seit Jahrzehnten Haupt-Profession. Jost Leune beschrieb 2013 in unserem Heft mit einem Anteil von 61 Prozent die Schlüsselfunktion Klinischer Sozialarbeit in der Suchthilfe. Die praktizierten Ansätze reichen über niedrigschwellige Arbeit zur Schadensminimierung, Ausstiegshilfen, vielfältige Beratungsangebote für Betroffene und ihre Bezugsysteme, über Krisenintervention bis hin zur qualifizierten ambulanten und stationären Behandlung. Es sind in der Regel Sozialarbeiter\*innen die sich mit drogenaffinen Jugendkulturen befassen (Lammel 2009), in Feldstudien und Streetwork seit der ersten großen Drogenwelle Veränderungen der Konsumgewohnheiten studieren, partizipativ Bedarfe eruieren und die-

se in konzeptionelle Weiterentwicklungen münden lassen. Präventionsansätze werden in der Regel von Sozialarbeiter\*innen realisiert, die mit lebenswelt-bezogener aufsuchender Sozialarbeit auch Zugang zu schwer erreichbaren Gruppen herstellen und die sozialen Netzwerke systematisch mit einbeziehen (Lammel und Funk 2017).

Klinische Sozialarbeit hat die Entwicklungen in der Suchthilfe mit Pioniergeist seit den 1970er-Jahren mit ihren vielfältigen pädagogisch-sozialtherapeutischen Zugängen und Unterstützungsleistungen (Lammel 2013) maßgeblich konzeptionell vorangebracht. Um der fortschreitenden Medizinisierung und der zunehmenden Dominanz verhaltenstherapeutischer Ansätze zu begegnen, wurde die Bedeutung Klinischer Sozialarbeit in der Suchthilfe an verschiedenen Stellen spezifischer herausgearbeitet (DG-SAS in der Suchthilfe 2016; Hansjürgens 2019a, 2019b; Laging, 2018; Schulte-Derne et al. 2017, 2019). Speziell im Feld der Suchthilfe arbeitet die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) unter anderem durch regelmäßig stattfindende Fachkongresse an einer weiteren Profilierung. All diese Entwicklungen zeigen ein Voranschreiten der Professionalisierung der klinischen Sozialarbeit in einem interprofessionell besetzten Feld. Vor dem Hintergrund der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wird es zukünftig noch wichtiger sein, Nutzer\*innen und Akteur\*innen im Feld der Suchthilfe verständlich zu machen, welche Bedeutung und Evidenz Klinische Sozialarbeit leistet. Diese Ausgabe soll dazu einen Beitrag leisten.

Den Anfang macht Michael Klein mit einer Synopse zur Entwicklung Klinischer Sozialarbeit in der Suchthilfe, indem er historische Wurzeln, Entwicklungslinien und Zukunftsperspektiven beschreibt.

Eva Wunderer befasst sich mit Menschen, die an einer Essstörung leiden. Sie beleuchtet insbesondere die soziale Dimension.

Sophie Rosa, Nadja Rozmus und Johannes Jungbauer skizzieren mit ih-

ren Studienergebnissen Versorgungsprobleme im Bereich der Doppeldiagnosen.

Der Beitrag von Joelle Zabotka aus den USA bereichert mit Forschungsbefunden zum Fetalen Alkohol Syndrom. Sie stellt Erkenntnisse aus einer Interviewstudie mit betroffenen Müttern vor und leitet Handlungsorientierungen für die unterschiedlichen Professionen ab. In den USA leisten zertifizierte Clinical Social Worker den größten Anteil therapeutischer Versorgung, hier allerdings mit gleichwertigem Status. Diesbezüglich haben wir in Deutschland noch einen weiten Weg vor uns.

Für die Redaktion,  
Ute Antonia Lammel  
und Rita Hansjürgens

#### Literatur:

Bundesministerium für Gesundheit (2019): **Sucht und Drogen**. Online verfügbar: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html> (13.06.2019)

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (2016): **Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention**. Münster: Eigenerverlag. Online abrufbar unter <https://www.dgsas.de/de/> (17.07.2019)

Hansjürgens, R. (2019a): **Soziale Arbeit in der Suchthilfe**. In: Dettmers, S.; Bischof, J. (Hg.) (2019): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Hansjürgens, R. (2019b): **Welche Funktion und welches Potential hat Suchtberatung?** In: neue caritas, Vol. 120, Heft 5/2019, S. 18–21.

Laging, M. (2018): **Soziale Arbeit in der Suchthilfe**. Stuttgart: Kohlhammer

Lammel, U. A. (2009): **Jugendkulturen und ihre Suchtmittelaffinität**. In: Sarrazin, D.: Jugend zwischen Abstinenz und Abhängigkeit. Münster: DGS Sucht.

Lammel, U. A. (2013): **Sozialtherapeutische Dimensionen der Suchtberatung im Jugendalter**. In: Pauls, H.; Stockmann, P.; Reicherts, M. (Hg.): Beratungskompetenzen für die psychosoziale Praxis. Ein sozialtherapeutisches Profil. Freiburg i.B.: Lambertus Verlag, S. 207–224.

Lammel, U. A.; Funk, K. (2017): **Sozialtherapeutische Ansätze in der ambulanten und stationären Suchtarbeit**. In: Lammel, U. A.; Pauls, H. (Hg.): Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung. Dortmund: Verlag modernes Lernen, S.194–209.

Schulte-Derne, F. (2019): **Stellenwert der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention**. In: Suchtmagazin, 45. Jg. Heft 4/2019, i. E.

# Suchthilfe als Passion und Profession der Klinischen Sozialarbeit

Geschichte, Entwicklungsaufgaben, Zukunft

Michael Klein

Die Suchthilfe in Deutschland entwickelte sich seit dem späten 19. Jahrhundert mit vielen Brüchen, Rückschlägen und Widersprüchen. Eine der wenigen Konstanten ist die Sozialarbeit als Bezugsprofession vieler in der Suchthilfe tätiger Fachkräfte. Dabei änderte sich auch ihre Berufsbezeichnung wiederholt: Fürsorger\*innen, Arbeitserzieher\*innen sowie Sozialarbeiter\*innen sind die wichtigsten Etappen. Heute ist die Profession in der Suchthilfe breit aufgestellt, von niedrigschwillingen Hilfen, über begleitetes Wohnen, bis zu Suchtberatung, -therapie und -prävention. Bei der Wiedererrichtung des Suchthilfesystems in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg, die in nennenswertem Umfang erst ab 1968 stattfand, spielte die Sozialarbeit von Anfang an eine wichtige Rolle, die es heute und in Zukunft zu sichern und weiterzuentwickeln gilt. Was dem Suchthilfesystem weitgehend fehlt, ist ein differenzierter, empirisch begründeter Blick auf die eigene Tätigkeit, da sich eine Suchthilfesystemforschung, etwa als Teil der Versorgungsforschung, bislang in Deutschland nicht etabliert hat.

Die heutigen Probleme und Anforderungen an eine moderne Suchthilfe sind sozialräumlich und gemeindenah anzugehen, aber nur überregional, eng vernetzt und im Verbund sowie mit evidenzgenerierender Forschung zu lösen, wie im Folgenden deutlich gemacht wird.

## Geschichte der Suchthilfe in Deutschland ab 1990

Als wesentliche Innovation wurde die Heroinsubstitution gegen zunächst harten und intensiven Widerstand zahlreicher Verbände durchgesetzt. Anfangs waren es Expert\*innen außerhalb der Suchthilfe, die den Substitutionsansatz forderten, um eine weitere

Verelendung der Heroinabhängigen und ein Fortschreiten von HIV- und anderen Infektionen zu verhindern bzw. einzudämmen (vgl. Schmid 2003). Neben den Reformen im Drogenstrafrecht (beispielsweise §§ 35, 36 BtmG; Substitutsvergabeverordnung) und in der Drogenbehandlung brachten die 1990er-Jahre Veränderungen durch eine längere wirtschaftliche Rezession und einen erhöhten Kostendruck bei den Sozialkassen, insbesondere der Kranken- und Rentenversicherung. Die Dauer der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen wurde durch das „Wachstumsförderungsgesetz“ (1997) pauschal gekürzt. In der mittelfristigen Folge stieg der Anteil der Wiederholungsbehandlungen bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich Sucht an.

Leider findet bei der Beantragung der medizinischen Rehabilitation bei Suchterkrankungen im psychosozialen Teil durch Finanzierungs- und Rechtsstreitigkeiten zwischen der DRV-Bund und den Kommunen im Wesentlichen immer noch die Vorlage des Sozialberichts aus dem Jahr 1978 Verwendung. Alternativen wie beispielsweise die PREDI (Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik) wurden bislang nicht flächendeckend eingeführt.

Ein besonders wichtiger, aber noch nicht umfassend umgesetzter Trend zur Modernisierung ist die Konzentration der Suchthilfe auf primär ambulante Hilfen. Suchthilfen sollten so wenig wie möglich stationär durchgeführt und so oft wie möglich ambulant und im lebens- und alltagsnahen Kontext angeboten werden. Oft genügt eine Entzugsbehandlung von wenigen Wochen mit anschließenden ambulanten Hilfen. Dieses Vorgehen bietet neben Kostenvorteilen die Chance, alltagsnahe Therapien und Hilfen mit

Transfer- und Trainingsbezügen anzubieten, die sich für Suchtkranke günstig auswirken, Rückfälle vermeiden und Stabilisierungen fördern können. Die Qualität und Effizienz der Arbeit der Suchtberatungsstellen sollte weiter kontinuierlich durch Evaluation, Begleitforschung, Qualifikation und Weiterbildung gesteigert werden. Dies würde zu einer verbesserten Evidenzbasierung der Suchthilfe, vor allem in der Netzwerkarbeit und den ambulanten Settings führen.

Ab den frühen 2000er-Jahren entwickelten sich zusätzlich Angebote für Glücksspielsüchtige, zum Teil in spezialisierten Institutionen, vor allem in NRW, überwiegend aber als integrales Angebot bereits bestehender Suchtberatungsstellen oder Fachambulanzen. Diese Angebote sollten kontinuierlich zu integrierten Präventions- und Hilfeangeboten für Verhaltenssüchtige und Gefährdete im Rahmen der bestehenden Suchthilfe weiterentwickelt werden. Auch die zunehmenden Probleme im Bereich des Online-Glücksspiel- und Wettverhaltens sind hier zu berücksichtigen.

Die weitere Entwicklung der Suchthilfe braucht eine Öffnung für Suchtgefährdete, Suchtkranke und chronisch Kranke. Suchthilfe muss das gesamte Spektrum von der Prävention und Suchtgefährdung bis zur chronischen Suchterkrankung abdecken. Dazu folgen in den nächsten Kapiteln nähere Ausführungen.

## Probleme des aktuellen Suchthilfesystems

Das Suchthilfesystem erscheint nach wie vor oft wenig innovativ und sehr in alten, empirisch nicht überprüften Strukturen verhaftet. Dies zeigt sich an den Schwierigkeiten, notwendige und wichtige Innovationen, wie ehedem

Substitution, niedrigschwellige Hilfen und Akzeptanz von Rückfälligkeit in der Behandlung oder aktuell differenzierte Therapieziele, zieloffene Suchttherapie, Komorbiditätsbehandlung und Digitalisierung innovativ und frühzeitig – auch gegen Widerstände – durchzusetzen. Ein Grundproblem der ambulanten Suchthilfe in Deutschland ist – wie schon beschrieben – das weitgehende Fehlen systematischer Suchthilfesystemforschung und Suchthilfewirkungsforschung.

Eine sehr beharrliche, nach wie vor existierende Hürde ist die fast vollständige Individuum-Fixierung im Hilfesystem, die generationsübergreifende Hilfen weitgehend unmöglich macht. Wenn Eltern suchtkrank sind, erhöht sich das Risiko bei den betroffenen Kindern für eigene Suchtstörungen und andere psychische Störungen deutlich (Klein 2018a).

Weitere, bislang nicht bewältigte Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe sind verbesserte personenzentrierte und gleichzeitig suchtspezifische Hilfen für Angehörige Suchtkranker. Dies betrifft insbesondere Partner\*innen und Kinder von Suchtkranken, egal ob es sich um Alkohol-, Drogen- oder Verhaltenssuchtprobleme handelt (vgl. Klein 2018b). Die Suchthilfe behandelt aufgrund der Vorgaben der Kosten- und Leistungsträger fast ausschließlich nur die Suchtkranken selbst, ohne das familiäre Umfeld – horizontal oder vertikal im Sinne transgenerationaler Orientierung – kontinuierlich einzubeziehen.

Im Idealfall sollte die Suchthilfe ein evidenzbasiertes, forschungsfreundliches, selbstreflexives System von Handlungsstrategien sein, in dem auf der Basis humanistischer, verhaltenspsychologischer und tiefenpsychologischer Konzepte Menschen umfassend hinsichtlich Substanzkonsum, Selbstkontrollstrategien, Konsumreduktionen und Abstinenzgewinn beraten und behandelt werden. Dabei sollten Prävention und Therapie generationenübergreifend eng miteinander verzahnt sein. Gesundheitsförderung, Risikoreduktion und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit sollten genauso wichtige Anliegen der Suchthilfe sein, wie die Vermeidung bzw. Loslösung

aus Wohnungslosigkeit, Armut und Langzeitarbeitslosigkeit. Insofern erfordert die Suchthilfe biopsychosozial fundiertes Handeln, das die verschiedenen Lebenswelten der Konsumierenden und Abhängigen stets im Blick hat. Substanzkonsum sollte nicht – auch nicht hintergründig – dämonisiert oder stigmatisiert, sondern immer als mögliche Verhaltensoption von Menschen in einem zu verstehenden gesellschaftlichen und kulturellen Kontext gesehen werden. Suchtspezifische Empathie ist eine wichtige Grundvoraussetzung für das Handeln von Fachkräften.

### Schnittstellen im Suchthilfesystem

Die deutsche Suchthilfe ist für Betroffene und Fachkräfte aus dem Ausland kaum nachvollziehbar. Das macht dessen Nutzung und Akzeptanz schwierig. Grund hierfür ist vor allem das gegliederte Sozialleistungssystem mit unterschiedlichen Zuständigkeiten, Zugangswegen und institutionellen Realitäten der Versorgung. Hilfen „aus einer Hand“ sind weitgehend unbekannt. Die Zahl der potenziellen Schnittstellenprobleme ist immens (beispielsweise zwischen Arbeitsvermittlung und Suchthilfe, Jugendhilfe und Suchthilfe, Behindertenhilfe und Suchthilfe, Bewährungshilfe und Suchthilfe, pränatalen Hilfen und Suchthilfe usw.), sodass es möglichst integraler, bundesweit gültiger und praktikabler Lösungen bedarf. Die in manchen Bundesländern sehr weitgehend vorangetriebene Kommunalisierung der Suchthilfe sorgt zwar für Bürger\*innennähe und gemeindenahen Bezug, kann aber auch zu einer verstärkten Unübersichtlichkeit der Gesamtszene führen, wenn es an übergeordneter Koordination und Standardisierung mangelt.

### Digitalisierung in der Suchthilfe

Die Entwicklung der Suchthilfe seit 1990 brachte viele neue Herausforderungen, von denen die Digitalisierung derzeit die größte ist. Sie hat bisher in den Praxisfeldern nur unzureichende Fortschritte gemacht. Gründe hierfür sind zum einen fehlende digitale Kompetenzen, die auch in den Studiengängen der Sozialen Arbeit kaum vermittelt werden, so dass auch der berufliche Nachwuchs bei weitem nicht aus-

reichend qualifiziert sein wird. Zum anderen ist Innovationsabwehr im Suchthilfesystem weit verbreitet. Die bisher verwirklichten Strategien zur Förderung digitaler Ansätze in der Suchthilfe sind sehr fragmentarisch und rudimentär. Chancen und Anforderungen sind größtenteils noch nicht erkannt und daher auch noch nicht umgesetzt. Im Einzelnen sollten Ansätze aus den Bereichen des E-Mental-Health verstärkt zum Einsatz kommen, wie beispielsweise Online-Beratung, Blended Counselling, Virtual Reality (VR) usw. Ihre Vorteile, wie permanente Verfügbarkeit, niedrige Zugangsschwellen, Kostenverringerung, sollten zur Weiterentwicklung und Optimierung des bestehenden Systems wahrgenommen und genutzt werden. Mögliche Risiken wie beispielsweise mangelnde Passgenauigkeit, Vorbehalte bei den Zielgruppen, Einführung von individuellen Leistungsabrechnungen, sollten erwogen und nach Möglichkeit gelöst oder deutlich minimiert werden.

Neuere Forschungen zur Nutzung digitaler Formen in Beratung und Psychotherapie zeigen erfreuliche Möglichkeiten zur Optimierung und Verbesserung. Der Innovationsschub, der

#### Literatur:

- Hansjürgens, R. (2016): **Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe**. Optionen zur Professionalisierung und fachlichen Inszenierung als gleichwertige Partnerin in einem multiprofessionellen Feld. Coburg: ZKS-Verlag (Schriften zur psychosozialen Gesundheit).
- Hauschildt, E. (1995): „**Auf den richtigen Weg zwingen ...“ – Trinkerfürsorge 1922–1945**. Freiburg: Lambertus.
- Klein, M. (2018a): **Kinder im Kontext elterlicher Alkoholsucht**. In: Suchtmedizin 20, S. 52–62.
- Klein, M. (2018b): **Kinder aus suchtbelasteten Familien. Im Dunkelfeld von Versorgung, Bildung und Qualifizierung?** In: Sozial Extra 42(1), S. 31–35.
- Klein, M. (2018c): **Suchthilfe im Überblick – Geschichte und Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe in Deutschland**. In: Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie 7/8(4), S. 253–263.
- Laging, M. (2018): **Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen – Konzepte – Methoden**. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmid, M. (2003): **Drogenhilfe in Deutschland: Entstehung und Entwicklung 1970–2000**. Frankfurt: Campus Forschung.
- Spode, H. (2012): **Die Anfänge der Suchthilfe im 19. Jahrhundert: Vom Kreuzzug zur Behandlungskette**. Suchttherapie 13, S. 155–161.

durch diese Ansätze zu erwarten ist, wird die Suchthilfe wohl erst in den kommenden Jahren erreichen. Einzelne Suchtberatungsstellen und -kliniken versuchen sich bereits intensiv in digitalen Innovationen, haben teilweise hochinnovative Ansätze entwickelt. Sie können als Leuchttürme der anstehenden Entwicklung gelten, die für die Verbreitung und Implementierung dieser Ansätze sorgen können.

## Geschlechtsspezifität in der Suchthilfe

Mit der zunehmenden Genderorientierung hat sich auch die Suchthilfe in den letzten Jahren deutlich mehr den Bedürfnissen der Geschlechter angenommen. Dabei überwog zunächst die Beschäftigung mit Substanzmissbrauch und Suchterkrankungen bei Mädchen und Frauen. Dies ist wichtig und relevant. Erstaunlich ist jedoch, dass die Beschäftigung mit männer-spezifischen Fragen – mit einem Männeranteil von rund 75 Prozent bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie rund 85 Prozent bei Glücksspielsucht –

in der Suchthilfe lange Zeit unterblieb. Erst unlängst ist ein langsames Umdenken festzustellen. Jungen, Männer und Väter müssen endlich als die besonders relevante Zielgruppe für Suchtprävention und -therapie wahrgenommen werden und entsprechende passgenaue Hilfen erhalten. Die Tatsache, dass inzwischen die Mehrzahl der Fachkräfte in der Suchthilfe Frauen sind, muss im Hinblick auf den hohen Männeranteil zumindest wahrgenommen und auf positive wie negative Effekte sowie mögliche Probleme untersucht werden.

## Herausforderungen und Chancen für die deutsche Suchthilfe 2030 – Synopse der Ausgangsbedingungen mit Ausblick auf die Zukunft

Die Suchthilfe in unserem Land wird sich in den nächsten Jahren umfassend erneuern und modernisieren müssen, will sie den Anforderungen der Zukunft gewachsen sein. Durch den hoch beschleunigten gesellschaftlichen und technischen Wandel der Gegenwart sind die Anforderungen an

Flexibilität, Kreativität und Innovation jedoch enorm angestiegen. Verschiedene Autorinnen und Autoren (Hansjürgens 2016; Klein 2018c; Laging 2018) diskutieren in jüngster Zeit intensiv die strukturellen Bedingungen und Innovationsbedarfe der Suchthilfe vor dem Hintergrund gesellschaftlicher und soziokultureller Entwicklungen. Dabei kommen neben den differenzierteren, niedrigschwelligen, gemeindnahmen Entwicklungen und Angeboten der – vor allem ambulanten – Suchthilfe immer wieder auch Innovations- und Entwicklungsbedarfe zum Vorschein, die es zu beachten und nach Möglichkeit umzusetzen gilt.

Die wichtigsten Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe in synoptischer Sicht sind subjektiv betrachtet:

- 1) Stärkung der Wissenschaftlichkeit (Versorgungsforschung, Evidenzbasierung)
- 2) Verbesserung der Reichweite
- 3) Ausbau der Frühinterventionen
- 4) Stärkung der Ziendifferenzierung (Abkehr vom Abstinenzdogma)

Anzeige

## MASTER KLINISCHE SOZIALARBEIT

### Berufsbegleitender postgradualer Masterstudiengang

#### Voraussetzungen:

berufsqualifizierender Abschluss eines Hochschulstudiums, mindestens einjährige einschlägige Berufspraxis

#### Studienumfang:

90 Credits

#### Studienkosten:

z.Zt. 7.000,- Euro

#### Bewerbungsschluss:

1. Juli 2020

#### Studienbeginn:

WS 2020/21

#### Kontakt/Informationen:

Katholische Hochschule  
für Sozialwesen  
Köpenicker Allee 39-57  
10318 Berlin

#### Ansprechpartnerin:

Margit Wagner  
Tel. +49 (0)30. 50 10 10 - 47  
margit.wagner@khsb-berlin.de



[www.khsb-berlin.de](http://www.khsb-berlin.de)



- 5) Intensivierung des Gesellschaftsbezugs
  - 6) Entstigmatisierung von Substanzkonsum und Suchtkranken
  - 7) Ausbau von Konsumeratung und Konsument\*innennähe
  - 8) Teilhabe an sucht- und drogenpolitischen Debatten und Entscheidungsprozessen
  - 9) Stärkung und Intensivierung von Weiterbildung und Qualifikation
  - 10) Nachwuchsförderung in der Suchthilfe
- Weitere Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe sind auszumachen. Der be-

rufliche Nachwuchs sollte umfassend qualifiziert werden, was suchtwissenschaftliche Grundlagen, Beratungs- und Motivierungskompetenzen, Therapieplanung, Indikationsstellung und Veränderungsmanagement angeht. Der Tätigkeitsbereich sollte für den beruflichen Nachwuchs attraktiver und offener werden, damit ein Fachkräftemangel nicht zu einem Servicemangel in der Suchthilfe wird.

Mangels umfassender und systematischer Evaluationen ist es bis heute unmöglich, die Leistungen der Suchthilfe

zu bewerten und daraus Bedarfe nach Optimierung und Weiterentwicklung abzuleiten. Die Zukunft sollte da anfangen, wo die Gegenwartsprobleme deutlich werden. Das Suchthilfesystem, das in vielen Bereichen vermutlich wirksame und wichtige Arbeit leistet, sollte sich einer umfassenden unabhängigen Evaluation und Evidenzbasierung unterziehen, um zukunftsorientiert, innovationsfähig und krisensicher zu werden. Die Suchthilfepolitik sollte dabei als Teil der Suchtpolitik und diese wiederum als Teil der Gesundheits- und Sozialpolitik eine führende Rolle spielen.

## Klinische Sozialarbeit mit Menschen mit Essstörungen

Eva Wunderer

**E**ssstörungen sind weit mehr als nur Probleme mit dem Essen. Sie sind Hinweise auf tiefgehende seelische Probleme, aus denen die Betroffenen keinen anderen Ausweg wissen. Sie zählen zu den psychosomatischen Erkrankungen, haben jedoch Suchtcharakter: Betroffene beschreiben Kontrollverlust, eine Art „Sog“ in die Essstörung, sowie eine „Dosissteigerung“ im Sinne einer Steigerung der Anzahl der Ess-Brech-Anfälle oder eine ständige Reduktion der zugeführten Kalorienmenge. Zudem ist eine gewisse psychische Abhängigkeit zu erkennen, da Essen bzw. Nicht-Essen zum Mittel der Stressbewältigung und Emotionsregulation und zunehmend zum Lebensinhalt der Betroffenen wird. Schädlich ist das Verhalten zudem – womit wesentliche Suchtkriterien erfüllt sind. Darüber hinaus treten Essstörungen und Abhängigkeitserkrankungen nicht selten komorbid auf.

### Essstörungen als biopsychosoziale Erkrankungen

Essstörungen sind stets multifaktoriell bedingt, biologische, psychologische und soziale Faktoren wirken bei Entstehung und Verlauf zusammen (Munro et al. 2017). Für die Klinische Sozial-

arbeit sind die sozialen und soziokulturellen Einflussfaktoren von besonderer Bedeutung. Dabei nehmen zweifelsfrei familiäre Beziehungen und Strukturen Einfluss auf den Verlauf, möglicherweise auch die Entstehung der Essstörung (Le Grange et al. 2010; DGESS 2018; Zeeck et al. 2011). Als einflussreich haben sich bislang vor allem folgende Aspekte erwiesen: psychische Störungen bzw. Essstörungen anderer Familienmitglieder; kritische Kommentare bezüglich Essverhalten, Figur und Gewicht; defizitäre familiäre Kommunikationsmuster sowie ein negatives Modell der Eltern oder anderer Familienmitglieder in Sachen Essen und Bewegung (Keel und Forney 2013). Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Betroffenen hat ferner Grenzverletzungen, emotionalen oder sexuellen Missbrauch erlebt (Jacobi et al. 2011).

Mangelnde soziale Unterstützung wird ebenfalls mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen in Verbindung gebracht (Jacobi et al. 2011; Treasure und Schmidt 2013; Vocks et al. 2011). Der soziale Rückzug, der Essstörungen in der Regel begleitet, verstärkt diese Problematik weiterhin (Cardi et al. 2018).

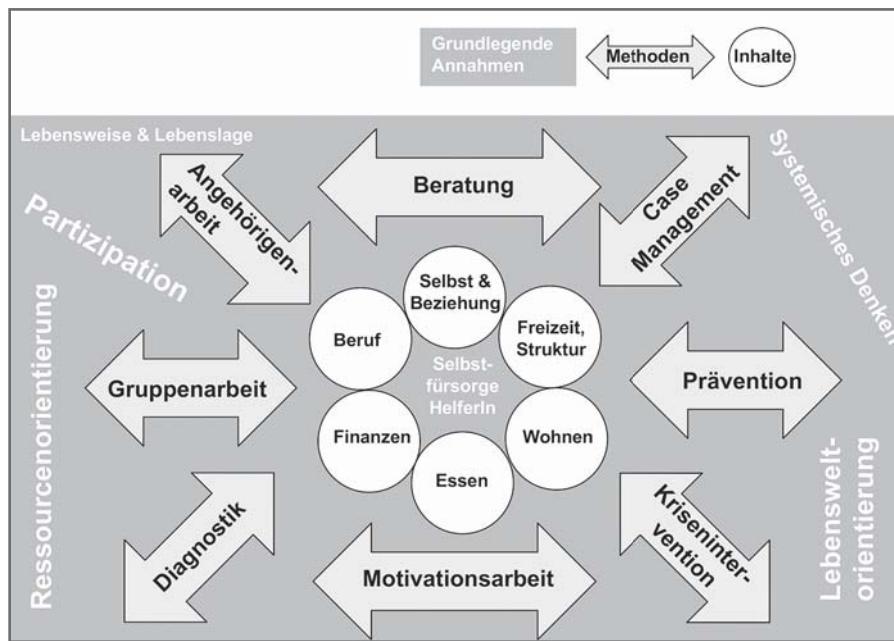
Essstörungen gehen mit erheblichen

psychosozialen Einschränkungen für die Betroffenen einher (Bohn et al. 2008; Tanofsky-Kraff et al. 2013; Tchanturia et al. 2013). Da der Ersterkrankungszeitpunkt häufig im Jugendalter liegt, ist die Bewältigung einer wesentlichen Entwicklungsphase gefährdet. Die Entwicklung von Peer- und Liebesbeziehungen, von Autonomie und Identität, Schulabschluss und berufliche Orientierung überfordern Betroffene und sind nicht altersadäquat möglich.

Die vorliegenden epidemiologischen Daten lassen insgesamt den Rückschluss zu, dass soziokulturelle Faktoren das Krankheitsrisiko beeinflussen. Dabei sind Essstörungen in westlichen Industriestaaten nach wie vor am weitesten verbreitet, was nicht zuletzt an dem in westlichen Ländern vorherrschenden Schönheitsideal liegt. Medien machen Schönheit und Schlankheit zu den ausschlaggebenden Kriterien dafür, ob eine Person beliebt und erfolgreich ist (Brown und Bobkowski 2011; Levine und Murnen 2009). Sie üben Druck vor allem auch auf Jugendliche aus, die die Medien in hohem Maße nutzen und im Zuge der Identitätsentwicklung Leitbilder und Orientierung suchen. Selbiges gilt für soziale Netzwerke (Mingoia et al. 2017).

Abb. 1:

Grundlegende Annahmen, Methoden und Inhalte Klinischer Sozialarbeit mit Menschen mit Essstörungen



**Der Beitrag der Klinischen Sozialarbeit**  
 Menschen mit Essstörungen sind in nahezu allen Bereichen ihres Lebens eingeschränkt, in sozialen Beziehungen, Freizeitaktivitäten, Schule, Beruf, im finanziellen Bereich, Alltagsroutinen und Alltagsstrukturierung. Somit sind viele Themen und Inhalte berührt, die genuin in den Bereich der Sozialen Arbeit fallen. Grundlegende Methoden der Sozialen Arbeit können einen wertvollen Beitrag leisten auf dem Weg aus der Essstörung, beispielsweise psychosoziale Diagnostik, sozialpädagogische Beratung, Case Management, soziale Gruppenarbeit, Präventionsarbeit und Angehörigenarbeit (vgl. Abbildung 1). Leitgedanke Klinischer Sozialarbeit ist der Ansatz an Schwierigkeiten, vor allem aber auch Ressourcen Betroffener unter Einbezug ihrer sozialen Beziehungen und der gesellschaftlichen Hintergründe und damit der systemischen Zusammenhänge. Klienten\*innen werden als Expert\*innen verstanden, als aktiv Mitwirkende und Teilhabende.

In der Essstörungsberatung ist die Soziale Arbeit die zentrale Profession, wie Auswertungen im Rahmen einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA zeigen (Wunderer et al. 2015; dies. 2016). Dabei wurden Essstörungsberatungsstellen

in Deutschland unter anderem nach der beruflichen Qualifikation ihrer Mitarbeiter\*innen befragt – wobei davon auszugehen ist, dass es sich um ein repräsentatives Abbild der deutschen Beratungsstellenlandschaft im Essstörungsbereich handelt. Als häufigste Berufsgruppe wurden (Sozial-)Pädagog\*innen genannt (82 %), gefolgt von Sozialarbeiter\*innen (44 %). In 40 Prozent der Beratungsstellen sind ausschließlich (Sozial-)Pädagogen\*innen und/oder Sozialarbeiter\*innen beschäftigt. Psycholog\*innen (43 %) sowie approbierte Psychotherapeut\*innen (30 %) stellten die nächstgroße Berufsgruppe, Ärzt\*innen und Ernährungstherapeut\*innen sind seltener vertreten. Im Folgenden werden wesentliche Themenbereiche Klinischer Sozialarbeit kurz beleuchtet (vgl. Wunderer 2015; Wunderer im Druck a).

### Essverhalten

Das Thema Essen fällt im Wesentlichen in den ernährungstherapeutischen Bereich, wird jedoch in Beratungsstellen ohne spezifisches diesbezügliches Angebot oft auch von der Klinischen Sozialarbeit abgedeckt: der Aufbau einer Mahlzeitenstruktur, die Gewichtsnormalisierung, die Reduktion von Essanfällen und Erbrechen, die Integration von Nahrungsmitteln, die sich der/die Betroffene verbietet,

die Flexibilisierung des Essverhaltens. Weitere wichtige Aspekte für die Klinische Sozialarbeit sind beispielsweise: Mit wem wird gegessen? Was bedeuten Essen und Mahlzeiten für die Person und ihr soziales Umfeld? Inwiefern ist Essen emotional besetzt?

### Selbst und Beziehung

Wichtiges Ziel ist der Aufbau funktionaler Strategien zur Emotionsregulation – um auf Fasten oder Ess-Brech-Anfälle verzichten zu können, die oft dazu dienen, Gefühle zu dämpfen oder „wegzuessen“ bzw. eine innere Leere zu füllen. Bei nahezu allen Betroffenen mangelt es am Selbstwert, ressourcenorientierte Arbeit mit unbedingter Wertschätzung kann dem entgegenwirken. Auch die Kognitionen bieten Ansatzpunkte, beispielsweise ein extremes „Schwarz-weiß-Denken“, bei dem alle Grau- und Zwischentöne fehlen. Um die soziale Isolation aufzuheben, in die sich viele Betroffene im Laufe der Essstörung begeben, sind Netzwerkdiagnostik und -arbeit sowie Soziales Kompetenztraining hilfreich.

### Freizeitgestaltung und Tagesstrukturierung

Viele Betroffene haben Schwierigkeiten, ihren Tag sinnvoll zu strukturieren. Die Freizeit ist oftmals mit Gedanken rund ums Essen, mit Einkauf und Essanfällen gefüllt, so dass für anderes wenig Zeit bleibt. Entsprechend ist der (Wieder-)Aufbau einer erfüllenden Freizeitgestaltung ein wesentliches Ziel. Es gilt, Pausen aushalten zu lernen und Erholungsphasen bewusst zu planen, zugleich jedoch nicht zu viel „Leerlauf“ entstehen zu lassen, da dieser nicht selten zu symptomatischem Verhalten führt. Tages- und Wochenprotokolle sowie Pläne für bevorstehende Aktivitäten sind bewährte Hilfsmittel (Wunderer im Druck b).

### Wohnsituation

Viele von Essstörungen Betroffene leben zu Beginn der Behandlung noch bei ihren Eltern. Doch gerade eine stationäre Behandlung der Essstörung motiviert junge Erwachsene in der Folge häufig zu einer Neuorientierung, was die Wohnsituation angeht. Dabei spielt zum einen die finanzielle Situation eine wichtige Rolle, zum anderen

stellt sich die Frage, wie viel soziale Einbettung erwünscht und ratsam ist. Klinische Sozialarbeiter\*innen unterstützen entsprechend bei der Entscheidung für eine Wohnform und der Auswahl geeigneter Angebote; durch Beratung bezüglich des Mietvertrags und Unterstützung bei der Beantragung von Hilfeleistungen (beispielsweise Wohn-geld) sowie gegebenenfalls durch ein Training hauswirtschaftlicher Kompetenzen, um jugendliche Klient\*innen auf ihre erste eigenständige Wohnsituation vorzubereiten.

### Berufliche (Re-)Integration

Eine (Re-)Integration in Berufstätigkeit bzw. Schule kann helfen, die soziale Integration und das Selbstwertgefühl sowie die finanzielle Situation der Betroffenen zu sichern bzw. zu verbessern (Noordenbos 2013). Klienten\*innen, bei denen die Essstörung bereits im Jugendalter begann und über mehrere Jahre hinweg andauert, haben oft keine Ausbildung abgeschlossen oder sind mit dem gewählten Berufsweg

unzufrieden, da sie sich nicht an ihren eigenen Neigungen und Interessen, sondern an reellen oder vermeintlichen Ansprüchen und Anforderungen ihrer Umwelt orientiert haben.

Themen in der Klinischen Sozialarbeit mit Menschen mit Essstörungen sind entsprechend: Interessen und Ressourcen entwickeln und erproben; Information über Arbeits- und Unterstützungs möglichkeiten; Kooperation mit Jobcenter und Arbeitsagentur; die Bewerbungssituation vorbereiten; einen funktionalen Umgang mit Absagen finden; Strukturieren des Arbeitsalltags; der Umgang mit schulischen und beruflichen Leistungsanforderungen generell sowie die Entscheidung über ein Offenlegen der Essstörung im beruflichen bzw. schulischen Kontext.

### Hilfe in finanziellen Angelegenheiten

Essstörungen, die mit Essanfällen und Purging-Verhalten einhergehen, sind oft mit erheblichen finanziellen Kosten verbunden und führen zu Verschuldung bis hin zur Privatinsolvenz sowie,

ähnlich wie Suchterkrankungen, bisweilen sogar zu einer Beschaffungskriminalität, beispielsweise in Form von Lebensmittel- oder Gelddiebstahl. Entsprechend unterstützen Klinische Sozialarbeiter\*innen die Klient\*innen dabei, den Umgang mit Geld zu erlernen und Schulden zu regulieren, gegebenenfalls durch Vermittlung an Schuldenberatungsstellen.

### Resümee

Entsprechend der biopsychosozialen Genese müssen Essstörungen biopsychosozial und interdisziplinär behandelt werden (Wunderer und Schnebel 2008). Soziale und Umweltfaktoren spielen eine wesentliche ursächliche und aufrechterhaltende Rolle, daher benötigen Menschen mit Essstörungen spezifische Unterstützung im sozialen Bereich, die – neben der individuellen Lebensweise – auch die Lebenslage der Betroffenen ins Zentrum rückt, sich an ihrer konkreten Lebenswelt orientiert. Klinische Sozialarbeit kann dazu einen substanziel len Beitrag leisten.

### Literatur:

- Bohn, K.; Doll, H. A.; Cooper, Z.; O'Connor, M.; Palmer, R. L.; Fairburn, C. G. (2008): **The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology**. Behaviour Research and Therapy, 46 (10), S. 1105–1110.
- Brown, J. D.; Bobkowski, P. S. (2011): **Older and Newer Media: Patterns of Use and Effects on Adolescents' Health and Well-Being**. In: Journal of Research on Adolescence, 21 (1), S. 95–113.
- Cardi, V.; Mallorqui-Bague, N.; Albano, G.; Monteleone, A. M.; Fernandez-Aranda, F.; Treasure, J. (2018): **Social difficulties as risk and maintaining factors in anorexia nervosa. A mixed-method investigation**. In: Front Psychiatry 9:12.
- DGESS (Hg.) (2018): **S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen**. Unveröffentlichtes Dokument, Stand 25.02.2018.
- Jacobi, C.; Jäger, B.; Kersting, A.; Rustenbach, S. J.; Salbach-Andrae, H.; Wietersheim, J. von et al. (2011): **Bulimia nervosa**. In: Herpertz, S.; Herpertz-Dahlmann, B.; Fichter, M. M.; Tuschen-Caffier, B.; Zeeck, A. (Hg.): **S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen**. Heidelberg: Springer, S. 157–202.
- Keel, P. K.; Forney, K. J. (2013): **Psychosocial risk factors for eating disorders**. In: International Journal of Eating Disorders, 46 (5), S. 433–439.
- Le Grange, D.; Lock, J.; Loeb, K. L.; Nicholls, D. (2010): **Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders**. In: International Journal of Eating Disorders, 43 (1), S. 1–5.
- Levine, M. P.; Murnen, S. K. (2009): „**Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders**“: A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating. In: Journal of Media Psychology, 21 (1), S. 1–12.
- Mingoia, J.; Hutchinson, A. D.; Wilson, C.; Gleaves, D. H. (2017): **The Relationship between Social Networking Site Use and the Internalization of a Thin Ideal in Females. A Meta-Analytic Review**. In: Front Psychol 8: S. 135–144.
- Munro, C.; Randell, L.; Lawrie, S. M. (2017): **An integrative bio-psycho-social theory of anorexia nervosa**. In: Clin Psychology and Psychotherapy 24 (1), S. 1–21.
- Noordenbos, G. (2013): **Recovery from Eating Disorders. A Guide for Clinicians and Their Clients**. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Tanofsky-Kraff, M.; Bulik, C. M.; Marcus, M. D.; Striegel, R. H.; Wilfley, D. E.; Wonderlich, S. A.; Hudson, J. I. (2013): **Binge eating disorder: The next generation of research**. In: International Journal of Eating Disorders, 46 (3), S. 193–207.
- Tchanturia, K.; Hambrook, D.; Curtis, H.; Jones, T.; Lounes, N.; Fenn, K. et al. (2013): **Work and social adjustment in patients with anorexia nervosa**. In: Comprehensive Psychiatry, 54 (1), S. 41–45.
- Treasure, J.; Schmidt, U. (2013): **The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors**. In: Journal of Eating Disorders, 1: S. 13.
- Vocks, S.; Pietrowsky, R.; Tuschen-Caffier, B.; Kersting, A.; Hagenah, U.; Salbach-Andrae, H. & Herpertz, S. (2011): **Binge-Eating-Störung**. In: Herpertz, S.; Herpertz-Dahlmann, B.; Fichter, M. M.; Tuschen-Caffier, B.; Zeeck, A. (Hg.): **S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen**. Heidelberg: Springer, S. 203–221.
- Wunderer, E. (2015): **Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen**. Weinheim: Juventa.
- Wunderer, E.; Schnebel, A. (2008): **Interdisziplinäre Essstörungstherapie. Psychotherapie, Medizinische Behandlung, Sozialpädagogische Begleitung, Ernährungstherapie**. Weinheim: Beltz.
- Wunderer, E.; Borse, S.; Lamers, L.; Ommen, O. (2016): **Beratungsstellen für Menschen mit Essstörungen. Versorgungslage und Rolle der Sozialen Arbeit**. In: Soziale Arbeit (12), S. 456–462.
- Wunderer, E.; Borse, S.; Schnebel, A.; Kiemer, S.; Dohme, S. (2015): **Wissenschaftlicher Abschlussbericht zum Projekt BZgA-Recherche – Aktualisierung der Online-Datenbank „Qualifizierte Beratung bei Essstörungen“**. Bundesfachverband Essstörungen BFE e.V. Unveröffentlichter Bericht. München.
- Wunderer, E. (im Druck a): **Klinische Sozialarbeit mit Menschen mit Essstörungen**. In: Bösel, M.; Gahleitner, S. B. (Hg.): **Soziale Interventionen in der Psychotherapie. Interdisziplinär und interprofessionell denken und handeln**. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wunderer (im Druck b): **Therapie-Tools Essstörungen**. Weinheim: Beltz.
- Zeeck, A.; Cuntz, U.; Hartmann, A.; Hagenah, U.; Friederich, H.-C.; Groß, G. et al. (2011): **Anorexia nervosa**. In: Herpertz, S.; Herpertz-Dahlmann, B.; Fichter, M. M.; Tuschen-Caffier, B.; Zeeck, A. (Hg.): **S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen**. Heidelberg: Springer, S. 47–155.

## Doppeldiagnose „Psychische Erkrankung und Sucht“

Klinische Versorgungsprobleme aus Sicht erfahrener Praktiker\*innen

Sophie Rosa, Nadja Rozmus und Johannes Jungbauer

Die Behandlung und Begleitung von Menschen mit der Doppeldiagnose „Psychische Erkrankung und Sucht“ gilt als besonders schwierige Herausforderung. Studien haben gezeigt, dass die Betroffenen im Vergleich zu Personen ohne Komorbiditäten in herkömmlichen Behandlungen deutlich schlechtere Therapieverläufe und eine deutlich ungünstigere psychosoziale Prognose aufweisen. Komorbidität geht sehr häufig mit geringer Lebensqualität, Chronifizierung, geringer Behandlungsmotivation sowie erhöhter Mortalität einher (De Hert et al. 2015). Hinzu kommt, dass die Begleitung und Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnose durch die traditionelle Trennung in Hilfesysteme für Suchtstörungen und psychische Störungen erschwert wird: In beiden Systemen wurden jeweils eigene therapeutische Standards entwickelt und es besteht die Tendenz, ausschließlich Betroffene ohne Komorbidität in die Behandlung aufzunehmen. Vor diesem Hintergrund haben einige Autoren die Therapie von Menschen mit Doppeldiagnose als „mission impossible“ bezeichnet (Moggi 2018).

Epidemiologische Studien belegen eine hohe Prävalenz komorbider Störungsbilder. So ist davon auszugehen, dass etwa die Hälfte aller Personen mit einer Psychose im Laufe ihres Lebens eine Substanzkonsumstörung entwickeln. In einer aktuellen Totalerhebung des deutschen Suchtbehandlungssystems zeigte sich, dass 4,6 Prozent der Klient\*innen in ambulanten und 50,7 Prozent (!) in stationären Behandlungen mindestens eine weitere psychische Störung aufweisen. Am häufigsten waren dabei affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen (Dauber et al. 2018). Weiterhin

gibt es empirische Belege für eine steigende Tendenz von komorbiden Störungsbildern in den letzten 25 Jahren (Moore et al. 2012).

### Integrative Therapieprogramme als wirksamste Behandlung

Die Befundlage zur Behandlung von Menschen mit der Doppeldiagnose „Psychische Erkrankung und Sucht“ ist bis heute unbefriedigend. In Metaanalysen unterschiedlicher Behandlungstypen zeigte sich jedoch, dass mit integrativen Behandlungsprogrammen die vergleichsweise besten Erfolge erzielt werden können. Hierunter sind Behandlungen zu verstehen, die Interventionen zur Behandlung der Suchtstörung und der psychischen Störung zu selben Zeit, im selben Setting und durch die selbe Behandlungsperson beinhalten. Entscheidend ist dabei, dass die Klient\*innen einen Behandlungsplan erhalten, in dem die Interventionen für Psychose und Sucht

integrativ auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmt werden.

Leider gibt es Deutschland bislang nur wenige Spezialkliniken, die einen integrativen Behandlungsansatz etabliert haben. Dieser wird zudem oft nicht durch die Kostenträger refinanziert. Für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung wiederum wird in der Regel die Abstinenz der Klient\*innen vorausgesetzt. Viele Betroffene erhalten daher keine adäquaten Behandlung und Versorgung. In Anbetracht der hohen Prävalenz komorbider Störungen stellt sich die Frage, weshalb in diesem Bereich bislang nur unzureichende klinische und sozialrechtliche Fortschritte erzielt wurden.

### Das Projekt: Zielsetzung und Methodik

Die Forschung hat sich mit praktischen Versorgungsproblemen bei komorbiden Störungsbildern bislang nur wenig befasst. Insbesondere die Perspek-

#### Wesentliche Charakteristik Integrativer Behandlungsprogramme

Klinische Untersuchungen zur Evidenz verschiedener Behandlungsmethoden liegen unter derart unterschiedlichen Voraussetzungen vor, dass es schwer ist, aussagekräftige Vergleiche hinsichtlich der Methodik oder der Behandlungsfortschritte zu ziehen. Studien belegen jedoch, dass eine Kombination aus verschiedenen psycho- und pharmakotherapeutischen Interventionen im Sinne einer integrativen Therapie erfolgreich sei. Diesbezüglich sind bereits gut kontrollierte Studien und Metaanalysen zur Behandlungsevidenz bei Komorbidität erschienen, die eben belegen, dass integrative Behandlungsprogramme die besten Erfolge erzielen (Moggi 2018: 37 ff.).

Integrative Behandlungsprogramme gelten im Vergleich zu sequentiellen bzw. parallelen Therapieansätzen als vielfach wirksamer, da wesentliche fundamentale Behandlungsprinzipien berücksichtigt werden: Sie arbeiten flächendeckend, indem die Programme verschiedene Interventionen zur Behandlung der Substanzkonsumstörung sowie der psychischen Störung zur selben Zeit, im selben Setting und durch die sel-

ben Behandlungspersonen anbieten. Die Interventionsansätze bestehen meist aus unterschiedlichen Kombinationen von motivierender Gesprächsführung, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen bzw. -therapien, Rückfallprävention, Kontingenzmanagement, Case-Management, AGIB sowie der Einbeziehung des sozialen Umfeldes, wie etwa der Familie. Patient\*innen erhalten einen Behandlungsplan, in dem die Interventionen für Psychose und Sucht auf die individuellen Bedürfnisse der Patient\*innen abgestimmt werden (Moggi 2018: 40).

Zentrale Ansatzpunkte, die in der Behandlung zudem berücksichtigt werden müssen, um zu einer Veränderung des Verhaltens und der Lebensumstände zu führen, sind Einstellungen, Motivation, Emotionen und Kognitionen sowie die Werte eines Betroffenen. Es geht aber auch um spezifischere Themen wie etwa Konfliktbewältigungs-kompetenzen. Bei komorbiden Störungen besteht die Schwierigkeit darin, Interventionen flexibel auszurichten und individuell an den Patient\*innen abzustimmen (Brakemeier, 2017: 474 ff.). Integrative Interventionen bauen auch solche Bausteine in die Behandlungsprogramme mit ein.

tive der Fachkräfte, die tagtäglich mit den Betroffenen arbeiten, wurde in bisherigen Studien unzureichend berücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des Masterstudiengangs „Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit“ der Katholischen Hochschule NRW in Aachen eine explorative Studie durchgeführt, in der diese Personengruppe befragt wurde. In leitfadengestützten Interviews wurden n=14 Praktiker\*innen befragt, die über langjährige Erfahrungen mit Personen mit Doppeldiagnosen verfügten. Ziel war es, deren Erfahrungen und Positionen zur Versorgung von Menschen mit komorbiden Störungsbildern zu erheben, beispielsweise zu Hilfsangeboten, Herausforderungen und Problemen, Entwicklungsbedarf und Verbesserungsvorschlägen. Bei der Rekrutierung wurden Einrichtungen mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten im Raum Aachen und Köln ausgewählt, darunter Suchthilfzentren und -kliniken, Kontaktcafés sowie Einrichtungen der

ambulanten und stationären Eingliederungshilfe. Befragt wurden größtenteils Sozialarbeiter\*innen in leitenden Positionen, teils mit Zusatzausbildungen (beispielsweise Suchttherapie, Gestalttherapie, Integrative Therapie). Einschlusskriterien für die Teilnahme waren eine mindestens 10-jährige Berufserfahrung im Bereich Sucht und/oder Psychiatrie sowie eine aktuelle Tätigkeit in diesem Bereich.

### Zentrale Ergebnisse

**„Ein Mehr an Komorbidität“.** Viele der befragten Fachkräfte berichteten eine deutliche Zunahme von „schwierigen“ Klient\*innen mit psychischen Auffälligkeiten, Substanzmittelkonsum und komplexen Lebensproblemen (Armut, soziale Vereinsamung, Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit). Die Zunahme dieser Klient\*innen führt in der Praxis in Kombination mit einem Mangel passender Hilfsangebote und unzureichender Vernetzung zu deutlich mehr Herausforderungen und Belastungen. Fast alle befragten Fachkräfte beschrieben ein erhebliches Defizit an

spezialisierten Hilfen für Klient\*innen mit Doppeldiagnosen.

**Spezifische Herausforderungen.** Insbesondere die Unberechenbarkeit und die zunehmende Gewaltbereitschaft von Betroffenen mit komorbiden Störungsbildern wurden von den befragten Fachkräften als Schwierigkeit beschrieben. So berichtete der Leiter eines Suchthilfenzentrums/Kontaktcafés:

*„Ich glaube das Schwierigste ist für Leute, die noch nicht so lange dabei sind, die Unberechenbarkeit. Man weiß einfach nicht, was im nächsten Augenblick passiert. Wenn jemand, der anfänglich ganz normal wirkt, auf einmal ausrastet. Wenn jemand, den ich schon lange kenne und der mit mir gut im Kontakt war [...] mir plötzlich eine ganz andere Seite zeigt.“*

Auch die oft geringe Veränderungsmotivation und mangelnde Frustrationstoleranz von Klient\*innen mit Doppeldiagnosen wurde als große Herausforderung beschrieben. Ein Begriff, der dabei von einigen Befragten

ANZEIGE

## Masterstudiengänge Soziale Arbeit

### Vielfalt und Spezialisierung

Die KatHO NRW bietet den Masterstudiengang Soziale Arbeit an vier Standorten mit sechs verschiedenen Vertiefungsgebieten an:

- Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (Aachen)
- Bildung und Teilhabe (Aachen)
- Innovationsmanagement in der Sozialen Arbeit (Köln)
- Netzwerkmanagement in der Sozialen Arbeit (Münster)
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (Paderborn)

Die Studiengänge bereiten auf Tätigkeiten speziell im Handlungsfeld Sozialer Arbeit und Gesundheit vor und schließen mit dem Titel „Master of Arts in Social Work (M.A.)“ ab. Der Abschluss berechtigt zur Promotion und zur Tätigkeit im höheren Dienst.

Das Studium ist praxisnah, handlungsorientiert und befähigt zur Leitung von Organisationen. Der Fokus liegt auf anwendungsbezogener Forschung.

Studierende aller Vertiefungsgebiete erweitern ihre Kompetenzen in Methoden empirischer Sozialforschung und lernen, komplexe Fragestellungen zu erforschen sowie innovative Methoden für Praxisfelder zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren.

Bewerbungszeitraum: 1. Dezember 2019 bis 15. Mai 2020

Weitere Informationen unter [www.katho-nrw.de](http://www.katho-nrw.de)

KatHO NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen  
Catholic University of Applied Sciences



Foto: André Zeick

verwendet wurde, ist der der „Drehtürpatient\*innen“: Vielfach sei die Veränderungsmotivation vor allem zu Beginn einer Hilfemaßnahme stark ausgeprägt. Nach einer erfolgreichen Entwöhnung kehre in der Regel aber auch die Emotionalität wieder zurück, die zuvor mit dem Konsum gedämpft wurde. Hierbei entstehen – nicht selten im Zusammenspiel mit unverarbeiteten psychischen Traumata – oft Überforderungen, sodass der nächste Rückfall vorprogrammiert sei. In anderen Fällen würden Therapien abgebrochen, wenn sich der erhoffte Erfolg nicht schnell genug einstelle. In der Folge spielen sich ungünstige Verhaltens- und Konsummuster ein, bis sich Betroffene oft in unlösbaren Schwierigkeiten wiederfinden und letztlich den Kontakt zum System erneut aufnehmen.

Einige der Befragten kritisierten, dass **Hilfeangebote zu „hochschwellig“** seien, da sie mit zu vielen Auflagen verbunden seien und eine Struktur vorgeben, die Menschen mit Doppeldiagnosen oft nicht einhalten können: Viele Angebote für psychisch Kranke tolerieren keinen Substanzmittelkonsum; umgekehrt sind Einrichtungen im Suchtbereich häufig nicht für weitere psychische Erkrankungen ausgelegt. Niedrigschwellige Einrichtungen dienen zwar oft als Türöffner für weitere Hilfen, können aber in der Regel nicht in gleichem Umfang begleiten und betreuen wie höherschwellige Einrichtungen. Werden Klient\*innen weitervermittelt, kommen sie oft nicht am angestrebten Hilfsangebot an. Teils extrem lange Wartezeiten und komplexe Kostenantragsverfahren sowie mangelnde Begleitung führen vielfach zum Abbruch, bevor die spezialisierten Hilfen starten können.

**Belastungen und Belastungsfolgen für professionelle Helfer\*innen.** Einige der Studienteilnehmer\*innen wiesen darauf hin, dass die Zunahme von Klient\*innen mit Doppeldiagnosen bei gleichzeitigem Mangel an spezialisierten Behandlungseinrichtungen zwangsläufig Überforderungen für Institutionen und dort tätige professionelle Helfer\*innen bedeutet. So können herausfordern- des Verhalten und mangelnde Com-

pliance der Betroffenen auf Dauer immense Belastungen und ein erhöhtes Burnout-Risiko mit sich bringen. Diesem sollte aus Sicht der befragten Fachkräfte bereits im Studium vorbeugend entgegengewirkt werden, durch die verstärkte Vermittlung von Kompetenzen der Selbstfürsorge und die Stärkung einer reflektierten Haltung im Hinblick auf Nähe und Distanz.

### Regionale Versorgungsunterschiede

Im Hinblick auf die Verfügbarkeit und Qualität der Hilfsangebote für Menschen mit Doppeldiagnosen zeichneten sich in der Befragung regionale Unterschiede ab. Im Kölner Raum beschrieben die befragten Praktiker\*innen Hilfsangebote als relativ vielfältig und gut vernetzt. Bei Bedarf sei es teilweise auch möglich, Hilfen über den „kurzen Dienstweg“ einzuleiten. Allerdings sei die Vermittlung an ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Behandler\*innen regelmäßig schwierig, insbesondere außerhalb der großstädtischen Versorgungsregionen. Nur wenige Psychiater\*innen und Psychotherapeut\*innen seien auf Menschen mit komorbidem Störungsbildern spezialisiert; zudem gebe es oft sehr lange Wartezeiten, die von Betroffenen nicht akzeptiert würden. Nahezu alle befragten Fachkräfte aus der Städteregion Aachen gaben an, dass die Zusammenarbeit der Einrichtungen sehr schleppend und teilweise nicht kooperativ verlaufe. Ferner wurden auch Schwierigkeiten mit Kostenträgern sowie medizinischen Institutionen geschildert. Die Fachleitung eines Dienstleistungsträgers für Ambulant Betreutes Wohnen beschrieb ihre Erfahrungen folgendermaßen:

*„Oft kommen Leute erstmals ins Hilfesystem, die vorher mehrere Monate in der Psychiatrie waren, und wenn sie entlassen werden, gibt es keinen Weg für sie. Bevor sie überhaupt Hilfe bekommen, ist manchmal schon viel passiert, das die Probleme chronisch werden lässt. Hilfesuchende haben keinen niedergelassenen Psychiater, die medikamentöse Versorgung aus dem stationären Kontext wird unterbrochen [...] Wir sprechen hier teilweise von Wartezeiten von mindestens 6 Monaten!“*

### Voraussetzungen

#### gelingender Versorgung

Die Verfügbarkeit individueller, niedrigschwelliger Angebote sowie die verstärkte Bereitstellung aufsuchender Hilfen wurden von vielen der befragten Fachkräften als zentrale Voraussetzungen für gelingende Hilfeprozesse beschrieben. Der Stationsleiter einer Entwöhnungsklinik sieht dabei auch die Politik in der Pflicht: „*Das ideale Angebot würde aufsuchend stattfinden; bei den Betroffenen zu Hause, in einem beratenden Erstgespräch oder einer Empfehlung für eine bestimmte Klinik als erstem Schritt. Danach erfolgt die Vermittlung in eine Therapie. Auch brauchen wir eine nachstationäre Begleitung zu Hause. Aktuell werden nur 14 Tage nachstationäre ambulante Versorgung in der Klinik angeboten. Es rechnet sich nicht, aber es macht Sinn: Die Leute sind nach Entlassung auf sich allein gestellt, gehen motiviert raus, sind aber nicht begleitet und fallen wieder in ein Loch. Da sollte etwas zwischengeschaltet werden. Hier ist wiederum die Politik gefragt, das möglich zu machen; da müssen Gelder bereitgestellt werden!*“

Eine bestmögliche Versorgung wäre aus Sicht der befragten Fachkräfte in einer integrativ arbeitenden Einrichtung möglich, die die spezifischen Herausforderungen komorbider Störungsbilder toleriert und individuell auf die Betroffenen eingeht. In dieser „idealen“ Einrichtung würden die Betroffenen so akzeptiert, wie sie sind;

### Literatur:

Dauber, H.; Braun, B.; Pfeiffer-Gerschel, T.; Kraus, L.; Pogarell, O. (2018): **Co-occurring mental disorders in substance abuse treatment: the current health care situation in Germany.** In: International Journal of Mental Health and Addiction, 16, S. 66–80.

De Hert, M.; Vancampfort, D.; Detraux, J. (2015): **Somatic Problems and Dual Disorder Patients.** In: Dom G.; Moggi, F. (Hg.): Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders. Heidelberg: Springer, S. 349–362.

Moggi, F. (2018): **Epidemiologie, Ätiologie und Behandlung von Patienten mit Psychose und komorbider Suchterkrankung.** In: Therapeutische Umschau, 75, S. 37–42.

Moore, E.; Mancuso, S. G.; Slade, T.; Galletly, C.; Castle, D. J. (2012): **The impact of alcohol and illicit drugs on people with psychosis: the second Australian National Survey of Psychosis.** In: The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 46, S. 864–878.

Rückschritte und zeitweilige Kontaktabbrüche würden nicht mit einer Beendigung des Beziehungs- und Hilfeangebots beantwortet. Aus Sicht der befragten Fachkräfte ist auch die Bereitstellung zusätzlicher Personalkapazitäten notwendig und sinnvoll, beispielsweise bei der Weitervermittlung zum nächsten Sozialpsychiatrischen Zentrum oder für die Überbrückung von Wartezeiten für ambulante oder stationäre Therapien. Die Schnittstellen mit Kostenträgern müssen grundsätzlich verbessert werden, bürokratische Wege gekürzt und Antragsverfahren vereinfacht und optimiert werden. Die pädagogische Leitung einer Beratungsstelle sieht darüber hinaus die niedergelassenen Hausärzte als wichtige Akteure im Behandlungsnetzwerk:

*„Der Einstieg in die Hilfe könnte im Idealfall schon in der Hausarztpraxis stattfinden. Hausärzte könnten infor-*

*mieren: Es gibt einen sozialpsychiatrischen Dienst, es gibt Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, sowie kontinuierliche Begleitung, aber Hausärzte sind oft auch überfordert und tragen manchmal sogar dazu bei, dass Dinge chronifizieren.“*

### Fazit

Die Ergebnisse der durchgeföhrten Befragung stehen im Einklang mit repräsentativen Studien, die eine zunehmende Tendenz komorbider Störungsbilder in den letzten Dekaden belegen. Für professionelle Helfer\*innen ist diese Zunahme mit deutlich erhöhten beruflichen Belastungen verbunden, da die Begleitung und Behandlung von Menschen mit der Doppeldiagnose Psychische Erkrankung/Sucht ohnehin als schwierige Herausforderung gilt. Obwohl sich in der vorliegenden Befragung berufserfahrener Praktiker\*innen regionale Unterschiede abzeichneten, ist die Versor-

gungssituation insgesamt suboptimal und trägt den spezifischen therapeutischen Erfordernissen bei komorbidem Störungsbildern nicht hinreichend Rechnung. Hierfür spielt ein Bündel von Ursachenfaktoren eine Rolle, insbesondere die oft mangelnde Kooperation und Vernetzung der beteiligten Einrichtungen. Eine integrative Behandlung der Betroffenen, die zugleich psychische und Suchtprobleme in den Blick nimmt, wird oft durch strukturelle Behandlungs- und Finanzierungslogiken verunmöglich. An dieser Stelle – und hier stimmen die Autor\*innen den befragten Fachkräften zu – ist insbesondere die Politik gefordert, um verbesserte Versorgungsangebote für Menschen zu schaffen, die Hilfe und Therapie besonders dringend benötigen. Die Behandlung und Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose muss keine „mission impossible“ sein, wenn das Hilfesystem adäquate Ressourcen bereitstellt.

Anzeige



## Berufsbegleitender Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit

Start des 19. Kurses im Sommersemester 2020

### Zentrale Studieninhalte:

- Theoretische Zugänge zur Klinischen Sozialarbeit
- psychosoziale Diagnostik
- Beratung und Sozialtherapie
- Krisenintervention
- Qualitative und quantitative klinische Forschungsmethoden und Evaluation
- Qualitätssicherung
- Klinisches Case Management

### Durchführung:

- 10 Blockveranstaltungen pro Jahr
- Expertise in Beratung und Behandlung, praxisorientierter Forschung und systemischen Management-Kompetenzen
- Intensive Begleitung und Betreuung bei der Erstellung der Masterarbeit
- International anerkannter Abschluss mit Promotionsmöglichkeit

Weitere Informationen finden Sie unter: [www.hs-coburg.de](http://www.hs-coburg.de) und [www.ash-berlin.eu](http://www.ash-berlin.eu)



Alice Salomon Hochschule Berlin  
University of Applied Sciences



# Mothers' Perspectives: Understanding Their Role in Fetal Alcohol Syndrome

Joelle Zabotka

Fetal Alcohol Syndrome (FAS) describes a constellation of symptoms or characteristics found in individuals resulting from a woman's use of alcohol during pregnancy. These include: facial dysmorphology (including shortened palpebral fissures, thin upper lip and smooth philtrum), reduced height and weight (below the tenth percentile), and central nervous system or neurobehavioral effects (including slight to severe learning disabilities, brain abnormalities, distortion in executive functioning, problems of behavior and/or emotional regulation, adaptive skills) (Astley and Clarren 2000; Jones, Smith, Ulleland and Streissguth 1973; Denny, Coles and Blitz 2017; Kingdon, Cardoso and McGrath 2016; O'Leary 2004; Stevens, Dudek, Nash, Koren and Rovet 2015). While the physical characteristics of FAS may dissipate as the individual reaches adolescence and adulthood, the behavioral and cognitive effects do not. Landgraf, Nothacker and Heinen (2013) estimate that between 130 and 5400 babies are born with FAS in Germany each year.

Biological mothers who give birth to children with Fetal Alcohol Syndrome are an underserved and under-researched population (Silva, Pires, Guerreiro and Cardoso 2013; Zabotka, Bradley and Escueta 2017). They must cope with the daily struggles of parenting a child with special needs who may suffer from a variety of neurobehavioral characteristics. In addition, they must also face these challenges with the knowledge that their children's problems are due to their alcohol use during pregnancy. Increasing our understanding of the thoughts and feelings of biological mothers of children with FAS may enable us to assist those women who are coming to terms with drinking alcohol during their pregnancies and may help us to screen and identify women at the greatest risk of having a

child with FAS and provide prevention services. While working and researching this population, this brief article provides thoughts and recommendations for those that encounter women who consumed alcohol during pregnancy.

Literature on maternal guilt suggests that guilt is universal and experienced by mothers regardless of the age of the mothers or the children or whether the children experience significant difficulties (Rotkirch and Janhunen 2009). Mothers who formerly abused substances, but did not cause disability in their children feel guilt as well (Fowler, Reid, Minnis and Day 2014). Therefore, expressions of guilt offered by the participating mothers are not surprising. Once the feeling of guilt began, it was always present to some degree, persisting regardless of any other factors including the presence of coping skills (the age of the child, length of time since diagnosis, support system). Some mothers had an intense moment of guilt when they learned of the pregnancy and connected their drinking to the potential harm of the baby. Other mothers stated the child's diagnostic process brought guilt and negative feelings. Although some mothers conveyed thoughts of relief when doctors diagnosed their children with Fetal Alcohol Syndrome, this relief was related to finally knowing what was wrong with their children and the belief that a diagnosis would help doctors to effectively treat the symptoms.

All of the mothers interviewed found a way to understand and frame their drinking (whether before, during or after their pregnancies) for themselves in a way that included: utilization of the disease model of addiction, recalling being told inaccurate or incomplete information of the danger of taking alcohol during pregnancy, following the advice of others (family members, friends, physicians) and stating that

they were initially unaware of their pregnancy when they were drinking. These understandings may also serve to mitigate some of mothers' guilt (Zabotka, Bradley and Escueta 2017). Consideration of the potential for guilt and the ways that mothers understand their actions may have potentially important implications for practice.

**Mental Health Professionals.** First and foremost, this group of mothers needs emotional support. A mother may face guilt, especially if she has recently learned of the diagnosis (Zabotka, Bradley and Escueta 2017).

Practitioners should assess for guilt and its effects, and if indicated this may be an area of clinical focus. The mental health practitioner can also be helpful in guiding the mother towards an explanation or understanding of her actions. However, it is important to note that many more explanations beyond those put forth (such as: mental health issues, coercion by partner or family members) may exist. Larger samples of this population should be studied to uncover more potential explanations.

Clinicians working with biological mothers of children with FAS should be attentive to the potential role of trauma. Most of the mothers who participated in the study experienced abuse as children, many quite severely, with perceived linkage to use of alcohol (Zabotka, Bradley and Escueta 2017).

Practitioners may have to take into account a history of trauma (potentially never before treated), or at least screen for a history of trauma, in a mother who presents for treatment and assess the effect of trauma on her own daily functioning and parenting.

Referral to the National Organization on Fetal Alcohol Syndrome (NOFAS) website ([www.nofas.org](http://www.nofas.org)) or similar organization (FASD Germany) may be a useful recommendation as a source of greater information and support. The NOFAS

Birth Mothers Network is a source of support to any women who consumed alcohol during pregnancy and may have a child affected by prenatal alcohol exposure and this support is provided by women who have been through similar circumstances. Mothers offer support to each other through email, phone and some in-person contact. This group of mothers supports each other through addiction recovery (if applicable) and/or through the challenges of parenting a child suffering the effects of prenatal alcohol exposure. The mentoring system can be a great source of support, and an opportunity for experienced mothers to share their wisdom, successes and failures with others (Devries and Waller 2004). Mothers participating in this study noted feelings of judgment and anger when attending support groups also attended by adoptive/foster parents of children with FAS. Support/information groups specifically for birth mothers may create a more comfortable, non-judgmental and accepting environment (Zabotka, Bradley and Escueta 2017). Through support services specific to birth mothers, information about characteristics of FAS, parenting techniques and suggestions can be disseminated. In addition, topics such as prevention of alcohol exposure during subsequent pregnancies, recovery, stigma and guilt could be included as well.

Clinicians encountering women with children with FAS must be attentive to their own thoughts and feelings. Clinicians may uncover feelings of anger or judgment towards the mothers as they empathize with the struggles of the child. However, this research begins to demonstrate the complexities experienced by this group of women perhaps trapped by addiction, overwhelmed by their own histories, and/or provided inaccurate information by friends and family members; there was never intent to harm, nor feelings of callous towards their unborn children (Zabotka, Bradley and Escueta 2017). It is imperative that clinicians seek quality clinical supervision around these emotionally-charged issues.

**Addictions specialists.** Addictions specialists play an important role in both intervention and prevention of future occur-

rences of FAS. Every woman of fertility age should be screened and educated about the dangers of alcohol during pregnancy. Addictions specialists need to clearly communicate to their patients that there is no safe amount of alcohol during a pregnancy (Van der Zee, de Beaufort, Temel, de Wert, Denktas and Steegers 2011). This is especially important as several mothers in the study perceived that family members, friends and even physicians gave permission for alcohol intake during pregnancy. Addiction treatment programs can offer education about the dangers of drinking alcohol during pregnancy to both men and women receiving addictions treatment. Women should not hold full responsibility of helping to ensure a healthy pregnancy. Men and expecting fathers should have the same education and information in order to offer support and assistance. Several participating mothers perceived that their family members, friends, and even their physicians gave permission for alcohol intake during pregnancy. Addictions professionals are a good source for accurate information that can clarify misinformation and discourage thoughts and intentions of drinking during pregnancy.

It is critically important that accurate and clear information is included in the education of addictions professionals,

mental health practitioners and social workers. These professionals have to make clear that there is no safe amount of alcohol to take during pregnancy to assist in prevention of future occurrences of FAS. In addition, information on indicators of Fetal Alcohol Syndrome, including facial features and neurobehavioral symptoms should be included in the curricula of these groups of professionals so that they may serve as screening and referral sources. Finally, the addiction and mental health professionals must have information on the behavioral and psychological outcomes of the FAS diagnosis, such as the results so that they may have the knowledge to assist this population of mothers and children.

Biological mothers of children with Fetal Alcohol Syndrome are a unique group of mothers with unique needs. Mental health care practitioners such as social workers, psychologists and addictions specialists may benefit from the linkage between trauma and alcohol and the potential for Fetal Alcohol Syndrome, as well as the findings on the persistence of guilt and how this group of mothers come to understand their drinking during pregnancy. The experiences of this group of women offer potential lessons in self forgiveness, understanding, addiction, resilience, guilt, and coping.

#### Literatur:

- Astley, S. J.; Clarren, S. K. (2000): **Diagnosing the full spectrum of fetal alcohol-exposed individuals: Introducing the 4-digit diagnostic.** In: *Alcohol & Alcoholism*, 35, S. 400–410.
- Devries, J.; Waller, A. (2004): **Fetal alcohol syndrome through the eyes of parents.** In: *Addiction Biology*, 9, S. 119–126.
- Denny, L.; Coles, S.; Blitz, R. (2017): **Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorders.** In: *American Family Physician*, 96, 8, S. 515–521.
- Fowler, C.; Reid, S.; Minnis, J.; Day, C. (2014): **Experiences of mothers with substance dependence: informing the development of parenting support.** In: *Journal of Clinical Nursing*, 23, (19–20), S. 2835–2843.
- Jones, K. L.; Smith, D. W.; Ulleland, C. N.; Streissguth, A. P. (1973): **Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers.** In: *Lancet*, 1, S. 1267–1271.
- Kingdon, D.; Cardoso, C.; McGrath, J.J. (2016): **Research review: executive function deficits in fetal alcohol spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder.** In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57 (2), S. 116–131.
- Landgraf, M.N.; Nothacker, M.; Heinen, F. (2013): **Diagnosis of fetal alcohol syndrome (fas): German guideline version 2013.** In: *European Journal of Paediatric Neurology*, 17, 5, S. 437–446.
- O'Leary, C. M. (2004): **Fetal alcohol syndrome: Diagnosis, epidemiology, and developmental outcomes.** In: *Journal of Pediatrics and Child Health*, 40, S. 2–7.
- Rotkirch, A.; Janhunen, K. (2009): **Maternal guilt.** In: *Evolutionary Psychology*, 8, S. 90–106.
- Silva, S.; Pires, A.P.; Guerreiro, C.; Cardoso, A. (2013): **Balancing motherhood and drug addiction: the transition to parenthood of addicted mothers.** In: *Journal of Health Psychology*, 13,(3), S. 359–367.
- Stevens, S.A.; Dudek, J.; Nash, K.; Koren, G.; Rovet, J. (2015): **Social perspective taking and empathy in children with fetal alcohol spectrum disorders.** In: *Journal of International Neuropsychological Society*, 21, S. 74–84.
- Van der Zee, B.; de Beaufort, I.; Temel, S.; de Wert, G.; Denktas, S.; Steegers, E. (2011): **Preconception care: An essential prevention strategy to improve children's and women's health.** In: *Journal of Public Health Policy*, 32, S. 367–379.
- Zabotka, J.; Bradley, C.; Escueta, M. (2017): „**How Could I Have Done This?**“ **Experiences of Birth Mothers of Children Diagnosed with Fetal Alcohol Syndrome.** In: *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 17, S. 258–274.

## Mentalisierungsfähigkeit kranker Eltern stärken

### Elterliche Erziehungskompetenzen als Schlüssel für die Prävention häuslicher Gewalt

Zahlreiche Studien zeigen, dass die psychische Erkrankung oder die Suchterkrankung eines Sorgeberechtigten einen zentralen Risikofaktor für Kindeswohlgefährdung darstellt. So ist die Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung sowie Misshandlung um den Faktor 2 bis 5 erhöht. Vor diesem Hintergrund benötigen Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchtkranken Elternteil Unterstützung auf unterschiedlichen Ebenen. Insbesondere für betroffene Kinder sind mittlerweile vielerorts spezifische Hilfangebote entstanden, beispielsweise so genannte Auryn-Gruppen. Diese umfassen altersgerechte Krankheitsinformation, Krisenintervention, pädagogisch begleitete Freizeitangebote sowie den Erfahrungsaustausch mit ebenfalls betroffenen Kindern. Solche primär kindzentrierten Angebote sind zweifellos sehr sinnvoll, reichen aber in der Regel nicht aus, um wirklich nachhaltige Verbesserungen der familiären Gesamtsituation zu erreichen. Hierzu ist es erforderlich, sowohl die Ressourcen der Kinder als auch die der erkrankten Eltern sowie die der gesamten Familie zu stärken. Dieser Grundgedanke war der Ausgangspunkt für die Konzeption des modularen Gruppenprogramms „Ressourcen psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken“ von Albert Lenz. Das Programm wurde im Rahmen eines vom NRW-Gesundheitsministerium geförderten Forschungsprojekts im Rahmen der Landesinitiative „Starke Seelen“ entwickelt, erprobt und evaluiert.

#### Elterliche Ressourcen und Schutzfaktoren fördern gesunde kindliche Entwicklung

Im ersten Kapitel des vorliegenden Buches werden zunächst Forschungsbefunde zum Thema Kindesmisshandlung und -vernachlässigung vorgestellt. Wie der Autor darlegt, ist hierfür in Familien mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern das Risiko deutlich erhöht. Wichtige Ressourcen (beispielsweise Empathie, Copingressourcen sowie sozialer Rückhalt), die als Schutzfaktoren wirken, sind bei den erkrankten Eltern oft schwach entwickelt.

Daran anknüpfend werden im zweiten Kapitel die theoretischen Grundlagen für die Ausrichtung des Gruppenprogramms erläutert. Dabei geht der Autor zunächst auf Ressourcen und Schutzfaktoren ein, die die Wahrscheinlichkeit für eine normale bzw. gesunde Entwicklung von Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern erhöhen. Zu nennen sind hier beispielsweise die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung und das Familienklima, das Krankheitswissen und Krankheitsverständnis der Kinder

sowie der Umgang mit der psychischen Erkrankung in der Familie. Darüber hinaus wird die Mentalisierungsfähigkeit von Eltern im Umgang mit den Kindern als zentrale Ressource beschrieben. Um die Bedeutsamkeit dieses Aspekts herauszuarbeiten, erläutert der Autor zunächst das von dem englischen Psychologen und Psychoanalytiker Peter Fonagy entwickelte Konzept der Mentalisierung. Damit ist die Fähigkeit gemeint, psychische Zustände (Gedanken, Gefühle, Motive etc.) bei sich selbst und bei anderen Menschen zu erkennen und zu verstehen. Das dritte Kapitel umfasst allgemeine Hinweise zur Zielsetzung und zur Durchführung des Gruppenprogramms „Ressourcen psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken“. Übergeordnetes Ziel des Programms ist die Stärkung von elterlichen Ressourcen, die das Risiko für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung vermindern – insbesondere die Stärkung der elterlichen Mentalisierungsfähigkeit, die zuvor als zentraler Mechanismus der Resilienz beschrieben wurde. Weiterhin soll der konstruktive Umgang mit Gefühlen und Belastungen sowie der Aufbau eines sozialen Beziehungsnetzwerks gefördert werden. Das Gruppenprogramm ist für psychisch kranke und suchtkranke Eltern konzipiert, die mit ihren Kindern zusammenleben oder regelmäßigen Kontakt zu ihnen haben. Es richtet sich primär an Eltern von kleinen Kindern (0 bis 5 Jahre), weil diese besonders gefährdet sind, Misshandlung und Vernachlässigung zu erleiden. Als Gruppengröße wird eine Teilnehmerzahl von 6 bis 8 Eltern empfohlen. Das Programm umfasst 12 Treffen von je 2 Stunden sowie eine Auffrischungssitzung 2 Monate nach Ende des Kurses.

Evaluationsergebnisse zu dem Gruppenprogramm „Ressourcen psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken“ werden in Kapitel 4 vorgestellt. Hier zeigte sich, dass Eltern in vieler Hinsicht von der Teilnahme profitieren. Insbesondere durch eine verbesserte Mentalisierungsfähigkeit erleben die Eltern einen positiven Wandel in den familiären Interaktionen; zugleich fühlen sie sich im Alltag weniger gestresst und haben das Gefühl, besser mit belastenden Situationen umgehen zu können.

Im fünften und letzten Kapitel des Bandes findet sich schließlich ein Manual des Gruppenprogramms, das sich aus 4 Modulen zusammensetzt: Im ersten Modul „Mentalisieren“ soll die reflexive Kompetenz der teilnehmenden Eltern im Sinne der Mentalisierungsfähigkeit gefördert werden. Im zweiten Modul „Emotion und Emotionsregulation“ werden die Eltern darin unterstützt, ihre eigenen Gefühle besser wahr-

Lenz, Albert (2019): *Ressourcen psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken. Ein Gruppenprogramm zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung.* Göttingen: Hogrefe.

zunehmen und gegebenenfalls konstruktiver damit umzugehen. Das dritte Modul „Stressbewältigung“ zielt auf einen verbesserten Umgang mit alltäglichen und familiären Stresssituationen ab. Im vierten Modul „Förderung des sozialen Beziehungsnetzes“ sollen die Eltern schließlich auch motiviert werden, soziale Kontakte zu knüpfen, wiederum zu nehmen und zu pflegen, um soziale Unterstützungsressourcen zu stärken. Alle Module werden durch eine kompakte Darstellung der für die Durchführung notwendigen Fachkenntnisse eingeführt; im Anschluss wird beschrieben, wie die jeweilige Sitzung konkret durchgeführt werden sollte. Hierfür stehen zahlreiche anschauliche Arbeitsblätter und Handouts zur Verfügung, die sich im Anhang als Kopiervorlagen finden und zudem als Dateien auf der beigefügten CD-ROM gespeichert sind.

#### Fazit: wichtige Neuerscheinung

Bei dem vorliegenden Buch handelt es sich um eine wichtige Neuerscheinung mit hoher Relevanz für die Klinische Sozialarbeit. Es ist davon auszugehen, dass die Verbesserung elterlicher Erziehungskompetenzen gerade bei psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern ein zentraler Schlüssel für die Prävention von häuslicher Gewalt und Kindeswohlgefährdung ist. Von anderen vorliegenden Elternkursen, die ebenfalls auf die Prävention häuslicher Gewalt abzielen (beispielsweise STEP, Starke Eltern – starke Kinder) unterscheidet sich das Gruppenprogramm von Albert Lenz vor allem durch die konsequente Bezugnahme auf die Resilienzforschung und die Fokussierung auf die Förderung der elterlichen Mentalisierungsfähigkeit. Das Gruppenprogramm kann von Psychotherapeut\*innen, Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen sowie Fachkräften durchgeführt werden, die therapeutisch oder beraterisch mit psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern arbeiten, beispielsweise in Erziehungsberatungs- und Jugendhilfeeinrichtungen. Bei Bedarf erscheint auch eine flexible Anpassung des Kurskonzepts denkbar, beispielsweise für betroffene Eltern mit starken Motivations- und Antriebsproblemen oder im Falle besonderer Gesprächsbedarfe, die sich erst im Kursverlauf zeigen.

Johannes Jungbauer