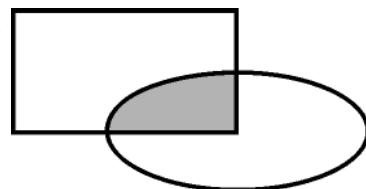


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



9. Jg. ■ Heft 1 ■ Januar 2013

NEU
Erweiterter Umfang:
16 Seiten

Inhalt

Themenschwerpunkt: Klinische Sozialarbeit in der Suchttherapie

- 3 Editorial
- 4 *Martin Wallroth*
Stärken und Chancen Klinischer Sozialarbeit:
das Beispiel der Suchthilfe
- 6 *Dario Deloie*
Konzeption für eine Soziale Psychotherapie für den
Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen
- 12 *Irmgard Vogt*
Ältere, hilfebedürftige Drogenabhängige
und ihre Erwartungen an die Sozialarbeit
- 15 *Jost Leune*
»Hier sind Sie richtig« – Klinische Sozialarbeit
und ihre Schlüsselfunktion in der Suchthilfe
- 2 Pressemeldungen, Veranstaltungs- & Projekthinweise
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

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



DGSA



DVSG

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
Fachverband seit 1926



Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Dario Deloie

M. A. Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit (ZKS), Ausbildung in Integrativer Therapie/Gestaltsozio- und Gestaltpsychotherapie (FP1). Kontakt: dariodeloie@yahoo.de

Jost Leune

Geschäftsführender Referent im Leitungsteam des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. (FDR). Kontakt: mail@fdr-online.info

Irmgard Vogt

Dr. phil., Diplompsychologin, Privatdozentin an der Goethe-Universität Frankfurt im Fachbereich Gesellschaftswissenschaften, bis 2009 Profes-

sorin an der FH Frankfurt am Main, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit mit den Schwerpunkten Beratungsforschung und politische, soziale und geschlechtsspezifische sowie psychische Kontexte von Sucht und Abhängigkeit. Kontakt: vogt@fb4.fh-frankfurt.de

Martin Wallroth

Dr. phil., Diplompsychologe, Magister der Philosophie, Professor und Dekan der Fakultät Handel und Soziale Arbeit der Ostfalia HAW (Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel) mit den Schwerpunkten Klinische Sozialarbeit/Sucht sowie philosophische und ethische Grundlagen der Sozialen Arbeit. Kontakt: m.wallroth@ostfalia.de

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner

Hochschule München

Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld

Evangel. Fachhochschule Bochum

Prof. Dr. Peter Dentler

Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz

Alice-Salomon-Hochschule Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner

HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Albert Mühlum

Fachhochschule Heidelberg

Prof. Dr. Helmut Pauls

Hochschule Coburg

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst

Hochschule Mittweida

Vorankündigung: DVSG-Bundeskongress 2013

DVSG-Bundeskongress 2013 zum Thema

»Soziale Arbeit im Gesundheitswesen:
Netzwerke stärken – Kooperationen leben«

Termin

10. und 11. Oktober 2013

Veranstaltungsort

Messe- und Kongresszentrum Halle Münsterland in Münster/Westfalen

Programm

ab Mai 2013 unter: www.dvsg.org

Impressum

Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P.) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit, und dem European Centre for Clinical Social Work e.V.

Redaktionsteam

Gernot Hahn (Leitung)

Ingo Müller-Baron

Silke Birgitta Gahleitner

Gerhard Klug

Anzeigenakquise

G. Hahn, Virchowstr. 27, 90766 Fürth
Tel. 0175/276 1993

Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«
c/o Dr. Gernot Hahn
Klinikum am Europakanal Erlangen
Am Europakanal 71, D-91056 Erlangen
Tel. +49 (0)9131 / 753 2646
Fax +49 (0)9131 / 753 2964
E-Mail: info@gernot-hahn.de

Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

Druck

Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH, Ottweiler

Erscheinungsweise

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

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2350

Copyright

Nachdruck und Vervielfältigungen, 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.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit – DGSA

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit – DGSA Forum für Wissenschaft und Praxis Sektion Klinische Sozialarbeit

Die DGSA

■ versorgt Sie mit aktuellen Informationen zu Fachdiskussionen und Entwicklungen in der Sozialen Arbeit,
■ bezieht Sie in die Entwicklung Sozialer Arbeit in Theorie, Lehre und Praxis ein und bietet Ihnen ein Umfeld anerkannter Personen,
■ informiert Sie über Tagungen und Kolloquien der DGSA, Mitglieder erhalten einen Rabatt.

Klinische Sozialarbeit

■ versteht sich als beratende und behandelnde Soziale Arbeit – präventiv wie interventionistisch – für KlientInnen in Multiproblemsituationen,
■ umfasst ein breites Methodenspektrum der bio-psychosozialen Diagnostik, Intervention und Evaluation,
■ begreift Gesundheit, Krankheit und Beeinträchtigung als biografisch verankert,

■ berücksichtigt Kontext und Umfeld,
■ arbeitet gender- und diversitysensibel und
■ strebt eine wissenschaftlich fundierte Praxis an.
■ Die Klinische Sektion der DGSA widmet sich der Förderung der Klinischen Sozialarbeit in Forschung, Lehre und Praxis.
■ Die DGSA und ihre Klinische Sektion wirken an Konferenzen, Symposien und Kolloquien mit, um die Identität und Wirksamkeit der Profession zu stärken.
■ Die DGSA ermöglicht einen internationalen Austausch im Sinne politischer, weltanschaulicher und fachlicher Pluralität.
■ Die DGSA ist offen für Neues! Gestalten Sie die Zukunft der Disziplin und Profession der Sozialen Arbeit mit – Wir freuen uns auf Sie.

Weitere Infos und Aufnahmeanträge

unter: www.dgsa.de
Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
Postfach 1129 ■ Schlossstraße 23 ■ 74370 Sersheim
Tel.: +49 (0)175 / 242 2315
E-Mail: sb@gahleitner.net

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2009) geht davon aus, dass in Deutschland in der Altersgruppe der 18-64-Jährigen ca. 2 Mio. Menschen Alkohol missbrauchen, ca. 1,3 Mio. abhängig sind. Von Cannabismissbrauch sind weitere ca. 400.000 Menschen betroffen, weitere ca. 200.000 Personen konsumieren andere illegale Suchtstoffe, vorrangig Heroin. Den Betroffenen steht mit der Deutschen Suchtkrankenhilfe eines der größten Versorgungssysteme im Suchtbereich in Europa zur Verfügung. Schätzungsweise 15.000 SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen (Klein, 2012) sind in Deutschland hauptamtlich in der Suchthilfe tätig.

Die Soziale Arbeit hat in diesem Arbeitsfeld, im Präventionsbereich, bei den niedrigschwierigen Beratungsangeboten, über die stationäre Rehabilitation bis zur Nachsorge eine lange Tradition. Die fachliche Expertise der Klinischen Sozialen Arbeit ist im Konzept der Lebensweltorientierung begründet, wobei biografische Entwicklungen und Aspekte, soziale Kontextfaktoren wie auch sozioökonomische Rahmenbedingungen berücksichtigt und in die Interventionsplanung einbezogen werden. Klinische Sozialarbeit bezieht ihr fachliches Angebot besonders auf schwer erreichbare Zielgruppen. Im Bereich der Suchthilfe sind dies chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitserkrankte, obdachlose Suchtmittel abhängige Menschen, Angehörige der offenen Drogenszene, Menschen, die aufgrund eingetretener psychischer und physischer Schädigungen keinen Zugang (mehr) zum Arbeitsmarkt haben, sowie Betroffene, die eine langfristige Begleitung und Betreuung benötigen. Die Interventionsformen reichen von Streetwork über ambulante Beratung in Suchtberatungsstellen und stationäre soziotherapeutische Einrichtungen bis hin zu Beschäftigungsinitiativen und beruflichen Rehaeinrichtungen. Damit positioniert sich die Klinische Sozialarbeit in der Suchttherapie als eigenständiger, wissenschaftlich fundierter Beitrag in der Landschaft der Suchthilfe, neben Psychotherapie und Suchtmedizin, wengleich in der Geschichte der Sozialen Arbeit lange eine starke Orientierung an fachfremden Weiterbildungsprogrammen (Stichwort: Therapeutisierung der Sozialen Arbeit) festzustellen ist.

Martin Wallroth greift im Eröffnungsbeitrag des vorliegenden Heftes diese Verortung Klinischer Sozialarbeit in der Suchthilfe auf und beschreibt deren Stärke als

»Bodenhaftung« und Alltagsnähe in der helfenden Beziehung, Unterstützung bei der alltäglichen Lebensbewältigung (in Ergänzung psychotherapeutischer Perspektive). Die Praxisstrukturen in der Suchthilfe wurden, so seine Analyse, auch dem fachlichen Paradigma Sozialer Arbeit entsprechend entwickelt und bedürfen, angesichts der aktuellen Verteilungskämpfe im Arbeitsfeld einer weiteren fachlichen Untermauerung, vor allem aber einer offensiveren Behauptung.

In seiner Konzeption für eine Soziale Psychotherapie für den Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen führt *Dario Deloie* die Überlegungen für eine Soziale Psychotherapie (Deloie, 2012) aus der letzten Ausgabe dieser Zeitschrift fort und konkretisiert sie am Beispiel der Suchttherapie. Merkmale einer Sozialen Psychotherapie im Suchtbereich sind ein psychosoziales Störungsverständnis, konsequente Ressourcenorientierung, ein um die soziale Dimension erweiterter Gesundheits- und Krankheitsbegriff, eine generell gesundheitsfördernde Perspektive, Berücksichtigung der Dimensionen Lebenswelt und biografische Entwicklung sowie Netzwerkorientierung und die Entwicklung und Förderung sozialer Unterstützungsprozesse, die als Gegenstand und Zielbereich psychotherapeutischer Maßnahmen formuliert werden. Entsprechend dieser Konzeptionalisierung bedarf es einer sozialen Diagnostik, welche die sozioökonomische, interpersonelle und intrapersonelle Dimension eines »Falles« erfasst und die notwendige Datenbasis für Interventionen in diesen Bereichen erschließt.

Auf die Situation älterer, hilfebedürftiger Drogenabhängiger geht *Irmgard Vogt* in ihrem Beitrag ein. Diese Zielgruppe in der Suchthilfe weist einen besonderen Beratungs- und Behandlungsbedarf auf, der auf Grundlage empirischer Forschungsergebnisse dargestellt wird: von der Biografiearbeit über die Gesundheitsförderung bis zur Klärung sozialrechtlicher, ökonomischer und Verwaltungsaufgaben sowie zur Begleitung bei längeren Krankheits- und Pflegephasen und Sterbegleitung. Einzelne dieser Schwerpunktaufgaben werden bislang nicht ausreichend in den Ausbildungs-Curricula zur Sozialarbeit in der Sucht- und Drogenhilfe berücksichtigt – für die Klinische Sozialarbeit besteht hier, so die Autorin, eine Entwicklungsaufgabe für die Klinische Sozialarbeit.

Jost Leune gibt im Abschlussbeitrag einen Überblick über die Struktur des Suchthilfesystems in Deutschland. Die hier im Überblick dargestellten Institu-

tionen der ambulanten und stationären Suchthilfe, der Suchtprävention, Rehabilitation, Adaption und Nachsorge bieten den Rahmen Klinischer Sozialarbeit: Einzel- und Gruppentherapie, Krisenintervention, Übergangsmanagement, Netzwerktherapie, aufsuchende Hilfen und Casemanagement.

»Klinische Sozialarbeit bedarf eines kontinuierlichen Austauschs zwischen Theorie und Praxis, mithin einer praxeologischen Wissenschaft ... Damit ist eine Handlungswissenschaft gemeint, in der vorhandene sozialarbeiterische Theorien und Modelle, Theorien der Bezugswissenschaften und die Reflexion und Evaluation der Praxis in einem diskursiven Prozess der anwendungsbezogenen Theorieentwicklung integriert werden ... Klinisch-sozialarbeiterisches Handeln kann sodann theoretisch begründet und praktisch weiterentwickelt werden, theoretische Reflexionen können zu einer Erweiterung der Handlungsoptionen führen: ›Denken heißt überschreiten.‹« (Klein, 2005)

Unter diesem Motto ist diese Zeitschrift 2005 angetreten, einen Beitrag zur Ausformulierung der handlungswissenschaftlichen Grundlagen Klinischer Sozialarbeit zu leisten. Aus ökonomischen Gründen war der Umfang des Heftes bislang begrenzt. Der Herausgeberkreis der »Klinischen Sozialarbeit« wurde 2011 erweitert, sodass nun die Grundlagen für eine Erweiterung gegeben sind: Ab der Ausgabe 1/2013 erscheint das Heft im erweiterten Umfang. Damit hat sich die Fachzeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung in den letzten Jahren behauptet und weiterentwickelt. Das macht sich auch an verstärkten Nachfragen nach älteren Ausgaben, Artikelangeboten für die nächsten Schwerpunktthefte und eine rege Diskussion mit den NutzerInnen der Zeitschrift bemerkbar. Wir laden Sie herzlich ein, uns Ihre Eindrücke, Überlegungen und Diskussionsbeiträge mitzuteilen und sich so weiterhin an der Entwicklung des Zeitschriftenprojekts zu beteiligen.

Für die Redaktion:
Gernot Hahn

Literatur

- Deloie, D. (2012). Konzeption für eine Soziale Psychotherapie – Klinisch- sozialarbeiterische Perspektiven. *Klinische Sozialarbeit*, 8(4), 4-5
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2009). *Jahrbuch Sucht 09*. Lengerich: Pabst.
Klein, U. (2005). Editorial. *Klinische Sozialarbeit*, 1(1), 3.
Klein, M. (2012). Soziale Arbeit in der Suchthilfe – verkannt, unbekannt, unverzichtbar oder was? *Suchttherapie*, 13(4), 153-154.

Stärken und Chancen Klinischer Sozialarbeit: das Beispiel der Suchthilfe

Martin Wallroth

Einführung

Dieser Artikel verfolgt die Absicht, das in Deutschland existierende System der Suchthilfe als paradigmatischen Fall für die gelungene Umsetzung von Sozialarbeit in einem klinischen Arbeitsfeld und somit für deren praktische Konstitution als Fachsozialarbeit im Sinne einer »Klinischen Sozialarbeit« auszuweisen. Ein solches Vorhaben mag vermessen erscheinen. Finden wir doch noch vor knapp etwas mehr als einem Jahrzehnt ein durchaus als repräsentativ zu nehmendes programmatisches Statement zur Sache von Gundula Barsch auf einem Kongress der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren, in dem sie der Sozialen Arbeit trotz vordergründiger zahlenmäßiger Dominanz ein klares professionelles Profil im multidisziplinären Kontext der Suchthilfe abspricht, eine Therapeutisierung der Sozialen Arbeit durch fachfremde Weiterbildungswänge in diesem Bereich beklagt und vor allem sozialarbeitsspezifische Forschung und Lehre auf Hochschulniveau in diesem Feld vermisst (Barsch, 2001, S. 9f.).

Mit Blick auf letztgenannten Punkt, so scheint es jedenfalls auf den ersten Blick, hat die seit diesem Statement verstrichene Zeit wesentliche Fortschritte mit sich gebracht: Genau seit dem Jahr 2001, in dem Barsch ihr Statement formulierte, bietet die Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln, einen Masterstudiengang Soziale Suchthilfe an, der offensichtlich ernst damit macht, die einschlägigen berufszulassenden Qualifikationen zurück an die Hochschule zu holen, und der sich zugleich vor allem an AbsolventInnen der Sozialen Arbeit richtet. Dieser Studiengang wird zwischenzeitlich auch in München und Berlin angeboten, sodass insgesamt von einer deutlichen Expansion der von Barsch angemahnten Rückholung suchtspezifischer Weiterqualifizierung an die Hochschule (und übrigens auch reger entsprechender Forschungsaktivitäten) speziell für die Profession der Sozialen Arbeit ausgegangen werden kann (vgl. dazu KatHO NRW, o.J.b. Die Soziale Arbeit scheint hier – arbeitsfeldspezifisch beschränkt auf den Bereich der Suchthilfe – eine fundierte Erweiterung in Richtung einer als Fachsozialarbeit zu verstehenden Klinischen Sozialarbeit zu erfahren, die exemplarischen Status für andere solche Erweiterungen für sich reklamieren kann.

Misstrauisch stimmen könnte hier allerdings die überaus harsche Kritik des Grün-

ders und Koordinators des Masterstudienganges, Michael Klein, an den »Empfehlungen zu postgradualen Curricula in der Suchthilfe« der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2005), denen er neben Unwissenschaftlichkeit vor allem berufsständische Parteilichkeit zugunsten der Disziplin der Sozialen Arbeit vorwirft (Klein, 2005, insbes. S. 195f.). Ein näherer Blick auf den Masterstudiengang zeigt denn auch einen deutlichen Fokus auf einem »umfassenden Konzept moderner Verhaltenstherapie, genauer gesagt psychologisch begründeter Psychotherapie« (vgl. Katho NRW, o.J.a).

Führt hier der Weg zurück von der Klinischen Sozialarbeit zur psychologischen Psychotherapie? Werden also in bekannter Manier SozialarbeiterInnen um den Preis des Verlustes ihrer professionellen Identität in (möglicher Weise zweitrangige?) Psychotherapeuten verwandelt, wie wir das von außerhochschulischen Ausbildungsinstituten kennen (vgl. hierzu Geißler-Piltz et al., 2005, S. 144f.)? Besteht nicht auch hier die bekannte Gefahr, dass eine solche »Psychotherapeutisierung« der Suchthilfe bereits auf konzeptionellem Niveau gerade die aufgrund multipler biopsychosozialer Problemlagen am schwersten betroffenen Suchtkranken als vermeintlich »hoffnungslose Fälle« aus dem Blick verliert (vgl. dazu das als Alternative und Ergänzung zur Psychotherapie gedachte Konzept des »Sozialen Coachings« gerade für besonders problembelastete Suchtkranke in Lindenau, 2008, S. 199ff.)?

Unabhängig davon, ob dieser Vorwurf letztlich auf den Kölner Suchtmaster trifft (und ausgeprägte sozialarbeitswissenschaftliche sowie andere bezugswissenschaftliche Studienanteile sprechen für ein erheblich differenzierteres Bild), bleibt die grundsätzliche Frage, was – betrachtet am Beispiel der Suchthilfe – Klinische Sozialarbeit eigentlich Eigenes zu bieten hat, das sie insbesondere abgrenzt gegenüber Klinischer Psychologie und Psychotherapie. Dazu soll zunächst eine nähere Definition Klinischer Sozialarbeit gegeben werden. Es folgen drei Thesen über die besonderen Stärken einer so verstandenen Klinischen Sozialarbeit und eine anschließende Verhältnisbestimmung von Psychologie, Psychotherapie und Klinischer Sozialarbeit. Am Schluss steht ein Fazit mit Blick auf die realen Verhältnisse im System der Suchthilfe.

Was ist Klinische Sozialarbeit?

Klinische Sozialarbeit ist trivialerweise nicht einfach Soziale Arbeit in der Klinik (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005, S. 11 u. 90). Sie versteht sich vielmehr – in Anlehnung an die breite angelsächsische Tradition von »clinical social work« – als auf Gesundheitsförderung ausgerichtete personenzentrierte Hilfe (»direct practice«) für schwer zugängliche (»hard to reach«) KlientInnen, die sich nicht einfach durch grundständige Sozialarbeit erreichen lassen, und arbeitet in Form störungsspezifisch abgestimmter eigenständiger Beratung, Behandlung und Prävention auf der Grundlage eines biopsychosozialen Paradigmas (»person-in-environment«) unter Anwendung störungsangemessener Methoden (vgl. hierzu die einführenden Kapitel in Geißler-Piltz et al., 2005, und Pauls, 2011, sowie die Definitionen in ZKS, 2011, und ECCSW, o.J.).

Ein Schwerpunkt liegt dabei, wie wir weiter unten noch sehen werden, neben dem prinzipiellen Fokus auf der sozialen Dimension gesundheitlicher Probleme auf der Dimension der »schweren Erreichbarkeit« der KlientInnen, die besondere methodische Herausforderungen mit sich bringt, denen Medizin und Psychotherapie eben nicht ohne Weiteres gerecht werden können (vgl. zu diesem Konzept insgesamt den Sammelband von Labonté et al., 2010). Die schwere Erreichbarkeit umfasst dabei das ganze Spektrum von (sozial-)räumlich bedingten Barrieren bis hin zu psychischer »Beschädigung« und Demoralisierung – wobei Letzterer ein besonderes Augenmerk gelten muss, da sie oft weniger leicht zu identifizieren und mit besonderen methodischen Anforderungen verbunden ist (vgl. hierzu Geißler-Piltz et al., 2005, S. 16ff., sowie – auf Wallroth, 2008, aufbauend und die dortigen Überlegungen zum »Lebensentwurf des Alleingangs« über den Suchtbereich hinaus generalisierend – Pauls, 2010).

Gerade im Bereich der Suchterkrankungen stellt die schwere Erreichbarkeit – neben häufiger realer Verelendung vor allem und grundsätzlich in Gestalt einer tiefen motivationalen Ambivalenz, die zwangsläufig auf jede helfende Beziehung durchschlägt und diese mit schwierigen Herausforderungen nicht zuletzt auch ethischer Natur konfrontiert – das zentrale, den Erfolg der Hilfe ganz wesentlich gefährdende Moment dar (vgl. hierzu Wallroth, 2003).

Stärken Klinischer Sozialarbeit gegenüber Psychotherapie

Die typischen Stärken Klinischer Sozialarbeit, die zugleich bereits klarmachen, dass es sich hier um mehr und anderes als eine »mindere Psychotherapie« handelt, sollen in Form von drei Thesen abgehandelt werden, die jeweils kurz erläutert und begründet werden.

Drei Thesen zu den Stärken Klinischer Sozialarbeit

These 1: Die grundständige sozialarbeiterische Ausrichtung verschafft der Klinischen Sozialarbeit Bodenhaftung sowie Alltagsnähe in der helfenden Beziehung und verhindert Psychologisierung. Die grundständige sozialarbeiterische Ausrichtung – präziser formuliert: die Praxisstruktur Sozialer Arbeit – zielt auf Hilfe für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Ihr primärer Gegenstand sind nicht intrapsychische Konflikte oder dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensmuster, die behoben respektive modifiziert werden sollen (dies wäre die Praxisstruktur der Psychotherapie). Es geht vielmehr primär um praktische Lebensbewältigung in schwierigen sozialen, beruflichen oder familiären Situationen, die der professionellen Assistenz bedarf. Dieser Fokus bleibt in der Klinischen Sozialarbeit mit schwer erreichbaren KlientInnen – wenn sie sich nicht in Psychotherapie verwandeln will – voll und ganz erhalten. Schwierigkeiten in der kompetenten Bewältigung sozialer Situationen werden also z.B. nicht durch von der Lebenssituation abstrahierte »Arbeit am Selbstwertgefühl« oder ähnliche Psychologisierungen, sondern durch assistierte, aber möglichst eigenständige konkrete Klärung der fraglichen Situationen und die damit verbundenen Lernerfahrungen behoben (Lösung konkreter partnerschaftlicher oder familiärer Probleme, Aufbau eines sozialen Netzwerks etc.).

These 2: Auch psychologische Konzepte entfalten erst im Bezug auf die Unterstützung alltäglicher Lebensbewältigung, wie sie Gegenstand Sozialer Arbeit ist, ihre volle Brauchbarkeit. In einem weiteren Radikalisierungsschritt können wir bezogen auf das gegebene Beispiel sagen: Die tatsächliche Klärung der familiären, beruflichen, sozialen, etc. Situation ist die eigentliche »Arbeit am Selbstwertgefühl«. Auch PsychotherapeutInnen werden sich, wenn sie ernsthafte Therapieerfolge sicherstellen wollen, der Praxisstruktur Klinischer Sozialarbeit zumindest insoweit annähern, dass sie »Übungen im Alltag« als Realitätstest in ihre therapeutische Arbeit einbauen (instruktiv ist hier das Fallbeispiel von Deloie, in diesem Heft). Die angeleitete Reflexion und Modifikation des eigenen Han-

delns in der alltäglichen Lebensbewältigung gelingt natürlich nicht ohne umfangreichen Einsatz klinisch-psychologischer, aber auch sozialpsychologischer, motivationspsychologischer lernpsychologischer und anderer allgemeinpsychologischer Konzepte und auch Interventionsmethoden. Aber dies verändert einerseits nicht die gegebene Praxisstruktur (Hilfe zur Lebensbewältigung). Andererseits erschließen diese Reflexion und Modifikation die Konzepte erst in ihrer vollen Tragweite: Psychologische – auch klinisch-psychologische – Konzepte dienen in erster Linie der Analyse, Erklärung und Modifikation des Verhaltens und Erlebens von Menschen in realen Lebenssituationen, nicht in artifiziellen Labor- oder Therapiesituationen.

These 3: Je schwerer und chronischer die Störung, desto wichtiger sind Bodenhaftung und psychosozialer Alltagsbezug im Sinne Klinischer Sozialarbeit. Typischerweise bestechen die KlientInnen Klinischer Sozialarbeit durch eine besonders hohe Problembelastung, eine besonders hohe Chronifizierung ihrer Problemlage sowie eine besonders starke Einschränkung ihrer körperlichen, seelischen und sozialen Ressourcen zur Problembewältigung. Es nimmt nicht Wunder, dass die Praxisstruktur der Psychotherapie, die psychologisierend konkrete Alltagsbewältigung und Bearbeitung »innerer« psychischer Probleme trennt, hier kaum noch greift. Konstruktive Hilfeleistung ist hier eigentlich nur noch innerhalb der Praxisstruktur Sozialer Arbeit (unterstützt durch medizinische Versorgung) möglich. Wenn ärztliche oder psychologische PsychotherapeutInnen nur ungern mit solchen KlientInnen arbeiten, ist dies also wohl weniger ein Ausdruck von Snobismus o.Ä., sondern es spricht eher für eine realistische Einsicht in die Grenzen der eigenen Praxisstruktur.

Psychologie, Psychotherapie und Klinische Sozialarbeit

Knapp zusammengefasst stellt sich das Verhältnis von Psychologie (einschließlich Klinischer Psychologie), Psychotherapie und Klinischer Sozialarbeit folgendermaßen dar: Psychotherapie und Klinische Sozialarbeit bilden unterschiedliche Praxisformen. Auf der einen Seite stehen die psychologisierende Abstraktion und Bearbeitung »innerer« psychischer Probleme von Menschen mit eingrenzbaren psychischen Störungen, die den konkreten Lebensalltag der betroffenen Individuen weitgehend unangetastet lassen – ausgehend von der Annahme, dass diese prinzipiell noch zur eigenständigen Lebensbewältigung in der Lage sind. Auf der anderen Seite steht die alltagspraktische Hilfe zur (möglichst eigenständigen) Lebensbewältigung, die im Falle

der Klinischen Sozialarbeit auf KlientInnen mit gravierenden gesundheitlichen Problemen, insbesondere auch psychischen Problemen, ausgedehnt und adaptiert wird. Überschneidung und Divergenz der jeweiligen Klientel sind gemäß der vorangegangen Überlegungen vorprogrammiert.

Beide Praxisformen brauchen gleichermaßen Konzepte, Theorien und Interventionswissen aus verschiedensten Disziplinen der Psychologie – dabei natürlich nicht zuletzt, aber keineswegs ausschließlich aus der Klinischen Psychologie –, um erfolgreich arbeiten zu können. Die klinische Psychologie ist also eine bezugswissenschaftliche Disziplin und keine Praxisform. Sie erfährt ihre Anwendung in verschiedenen Praxisformen.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen scheint es mir plausibler, Klinische Sozialarbeit als eine durch ihre Praxisform im beschriebenen Sinne klar von Psychotherapie unterscheidbare Form (u.a.) angewandter Klinischer Psychologie zu betrachten, als für die Klinische Sozialarbeit den Status einer »anderen« – nämlich sozialen – Psychotherapie zu reklamieren. Dabei geht es nicht um einen Streit um Worte, sondern um praktisch relevante, nämlich divergente Praxisformen betreffende Unterscheidungen, die übrigens auch unterschiedliche ethische »Folgelasten« haben (vgl. kontrastierend Deloie, 2011, 2012, sowie in diesem Heft).

Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit

Ein entscheidender Vorteil des soeben vorgestellten Vorschlags zur Verhältnisbestimmung von Klinischer Sozialarbeit und Psychotherapie besteht m.E. darin, dass sich auf diese Weise klar sagen lässt, inwieweit Klinische Sozialarbeit *Soziale Arbeit* ist: Die Praxisstruktur grundständiger Sozialer Arbeit bleibt unangetastet: Es geht um Hilfe für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Klinische Sozialarbeit zeigt sich dann zwangslässig als Anpassung dieser Praxisstruktur an die Erfordernisse einer »schwer zugänglichen« Klientel. Zum Grundbestand der Kenntnisse und Kompetenzen zur professionellen Unterstützung von Menschen in schwierigen Lebenslagen müssen hier Kenntnisse über die biopsychosozialen Komplexitäten psychischer Krankheit oder psychischer Belastung durch chronische körperliche Krankheit sowie über geeignete Interventionsformen im Umgang mit den Betroffenen hinzutreten. Klinische Sozialarbeit erweist sich also als Fachsozialarbeit, nicht als eine neue Form von Psychotherapie – was natürlich aufgrund der Tatsache, dass in beiden Praxisformen u.a. Klinische Psychologie angewandt wird, Ähnlichkeiten nicht ausschließt.

Fazit mit Blick auf das System der Suchthilfe

Was bedeutet dies nun alles für die Ausgangsfrage dieses Beitrages? Liefert die Suchthilfe ein Paradigma gelingender Klinischer Sozialarbeit? Nun, zumindest gibt es, wie man den Ausführungen Leunes in diesem Heft entnehmen kann, nach wie vor wohl kaum ein klinisches Arbeitsgebiet, in dem die Soziale Arbeit rein zahlenmäßig das Feld so stark dominiert. Es sind allerdings ebenfalls nach wie vor die Gegenargumente bzgl. der Therapeutisierung der Sozialen Arbeit von Barsch und anderen zu bedenken (Barsch, 2001; Geißler-Piltz et al., 2005, S. 144f.; s.o., Einführung). Schaut man sich die institutionalisierten *Praxisstrukturen* des Arbeitsfeldes allerdings einmal genauer an, so stellt man fest, dass hier nur in den seltensten Fällen psychotherapeutische Praxisformen implementiert sind. Dies gilt selbst für die stationäre Entwöhnungsbehandlung, in der für die psychotherapeutische Praxisform höchst atypische Verhältnisse vorherrschen: Gruppenseittings, welche Therapie und Alltagsgestaltung verbinden (»therapeutische Gemeinschaft«), Angehörigenseminare, Arbeitsplatzseminare, Arbeitsbelastungserprobungen, ArbeitgeberInnengespräche, Familienheimfahrten, konkrete Rückkehrvorbereitungen, Netzwerkbildung etc. In aller Regel finden wir, wie die Beispiele eindrücklich

zeigen, Praxisformen, die für die Soziale Arbeit typisch sind (vgl. auch die höchst instruktive Auflistung im Abschnitt 3 des Beitrages von Leune in diesem Heft sowie den Beitrag von Vogt insgesamt). Wenn es stimmt, dass zunehmend auch PsychologInnen in das Feld der Suchthilfe drängen, so ergibt sich hier die paradoxe Situation, dass offensichtlich zunehmend PsychologInnen Klinische Sozialarbeit ausüben!

Sollten die professionellen VertreterInnen der Sozialen Arbeit dies nicht als besonderen Ansporn erleben, sich in einem offensichtlich nach ihrem Bilde geschaffenen System zu behaupten und in anderen klinischen Feldern vergleichbare Verhältnisse zu schaffen?

Literatur

- Barsch, G. (2001). *Praxis und Forschung in der Drogen- und Suchtkrankenhilfe – Szenen einer Ehe*. Vortrag. Online verfügbar: vg03.met.vgwort.de/na/9d68053f102d_43b66e57331f33e9a9?l=http://www.hs-merseburg.de/~barsch/neuer%20Part/Soziale_Arbeit_und_Forschung.pdf [19.11.2012].
- Deloie, D. (2011). *Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Deloie, D. (2012). Konzeption für eine Soziale Psychotherapie – Klinisch-sozialarbeiterische Perspektiven. *Klinische Sozialarbeit*, 8(4), 4-5.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2005). *Empfehlungen zu postgraduierten Curricula in der Suchthilfe*. Hamm: DHS. Online verfügbar: www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Fortbildung/empfehlungen_postgraduierten_curricula_2005.pdf [19.11.2012].
- European Centre for Clinical Social Work (ECCSW) (o.J.). *Definition Klinische Sozialarbeit*. Berlin: ECCSW. Online-Publikation: eccsw.eu/about/selbstverstaendnis.html [19.11.2012].
- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Reinhardt/UTB.
- Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KathO NRW) (o.J.a). *Masterstudiengang Suchthilfe/Suchtherapie M.Sc.* Flyer. Köln: KathO NRW. Online verfügbar: www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/Dokumente/Flyer_Suchthilfe_Koeln_06_3_.pdf [19.11.2012].
- Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KathO NRW) (o.J.b). *Suchthilfe/Suchtherapie, M.Sc.* Online-Publikation: www.katho-nrw.de/koeln/studium-lehre/fachbereich-sozialwesen/suchthilfesuchtherapie-msc/ [19.11.2012].
- Klein, M. (2005). Suchtspezifische Studiengänge an deutschen Hochschulen. *Suchtherapie*, 6(4), 192-199.
- Labonté-Roset, C., Hoefert, H.-W. & Cornel, H. (Hrsg.) (2010). *Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit*. Berlin: Schibri.
- Lindenau, M. (2008). Klinische Sozialarbeit – eine Chance für das Suchtkrankensystem? In K. Ortmann & D. Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven* (S. 193-206). Freiburg: Lambertus.
- Pauls, H. (2010). Hard-to-reach – Gedanken zur Aporie des Alleingangs. In C. Labonté-Roset, H.-W. Hoefert & H. Cornel (Hrsg.), *Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit* (S. 94-106). Berlin: Schibri.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (2. überarb. u. erw. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Wallroth, M. (2003). Patientenautonomie oder Paternalismus? Begründungsprobleme in der Psychotherapie der Sucht. In K. Rothermund (Hrsg.), *Gute Gründe zur Bedeutung der Vernunft für die Praxis* (S. 85-107). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wallroth, M. (2008). Der Sinn der Sucht. Philosophische Aspekte. In M. Klein (Hrsg.), *Handbuch Kinder und Suchtgefahren* (S. 27-39). Stuttgart: Schattauer.
- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) (2011). *Was ist Klinische Sozialarbeit?* Berlin: ZKS. Online-Publikation: www.klinische-sozialarbeit.de/zks/Grundlegendes.html [19.11.2012].

Konzeption für eine Soziale Psychotherapie für den Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen

Dario Deloie

Dieser Artikel führt die Überlegungen für eine Soziale Psychotherapie (Deloie, 2012, 2011) aus der letzten Ausgabe dieser Zeitschrift fort und konkretisiert sie am Beispiel der Suchttherapie.

»Anders als etwa Psychologen/innen und Ärzte/innen, die eher auf den einzelnen Menschen fixierte Interventionen anbieten, ist es Aufgabe der Fachkräfte aus der Sozialen Arbeit, den ganzen Menschen und das gesamte soziale und gesellschaftliche Umfeld von Gruppen oder Menschen mit spezifischen Problemlagen bei notwendigen Interventionen und/oder bei der Aktivierung von Ressourcen zu berücksichtigen.« (DG-SAS, 2009) Die psychosozialen bzw. die biopsychosozialen Suchtmodelle zeigen deutlich, dass die Sucht zu einem großen Teil ein gravierendes soziales Problem bzw. eine soziale Krankheit darstellt, und so verwundert es nicht, dass die Soziale Arbeit sich bereits seit Jahrzehnten in der Suchthilfe engagiert. SozialarbeiterIn-

nen waren federführend an der Entwicklung von suchtpräventiven, suchtberaterischen und sozialtherapeutischen Konzepten beteiligt. Die niederschwelligen Hilfen und das Casemanagement basieren hauptsächlich auf der Sozialen Arbeit (DG-SAS, o.J.). Auch die Theorie und Praxis der Psychotherapie von Abhängigkeitserkrankungen war und ist auch von der Sozialen Arbeit geprägt (DG-SAS, 2009).

Suchttherapeutische Konzepte im Wandel der Zeit

Die psychotherapeutische Behandlung von Suchterkrankungen (die Begriffe Sucht und Abhängigkeit werden in diesem Artikel synonym verwendet) war in den letzten Jahren, wie das gesamte Suchthilfesystem, einem deutlichen Wandel unterzogen. Eine Zäsur für die Entwicklung in der Bundesrepublik stellte das Grundsatz-

urteil des Bundessozialgerichts von 1968 (Aktenzeichen: 3 RK 63/66) dar, das die Alkoholabhängigkeit als Krankheit gesetzlich, im Sinne der damaligen Reichsversicherungsordnung, anerkannte.

Seither fanden ein sukzessiver Ausbau und eine Ausdifferenzierung insbesondere der Suchttherapie (Entwöhnungsbehandlung) statt, in deren Rahmen Psychotherapien hauptsächlich erfolgen. Initial wurden diese Entwöhnungsbehandlungen ausschließlich in stationären Einrichtungen, weit entfernt von der Lebenswelt des Abhängigen, durchgeführt, in den letzten Jahren zunehmend auch wohnortnah im teilstationären und ambulanten Setting. Die Behandlungen wurden individualisiert, d.h., der Fokus wurde auf das gelegt, was Betroffene jeweils zum Zeitpunkt der Behandlung brauchen. Leune (2012, S. 195) spricht von einer personenzentrierten Sichtweise, »die die individuellen Ressourcen und die »KonTEXTfaktoren« eines Menschen in den Mit-

telpunkt stellt«, und damit wurde für viele Betroffene eine gemeindenahe, stärker lebensweltorientierte Behandlung möglich (Teilhabeaspekt).

Auf der praxeologischen Ebene der Suchttherapie entwickelten und etablierten sich neue Methoden, wie beispielsweise die motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2009), die Rückfallpräventionsprogramme (Körkel & Schindler 2003; Steier et al., 1997) und die speziellen Behandlungsformen bei Komorbidität (Schuhler, 2010a,b; Schay & Liefke, 2009).

Dieser Paradigmenwechsel ging einher mit bzw. wurde angestoßen durch eine schlechende Veränderung der therapeutischen Grundhaltung gegenüber dem Suchtkranken, nämlich von einer moralisierenden Position, die den Suchtkranken mit konfrontativen Interventionen oder mit Overprotection begegnete, hin zu einer durch Intersubjektivität geprägten therapeutischen Beziehung. Die Suchttherapie als das frühere »Problemkind wurde unversehens der Klassenprinzipiums« (Vogelsang & Schuhler, 2010, S. 13) der Psychotherapie.

Bei all den positiven Veränderungen in der Suchttherapie im Rahmen der Suchtrehabilitation sind aber auch kritische Anmerkungen angebracht. Als klassischer Behandlungsweg aus der Sucht, der als »Königsweg« bezeichnet wird, mit den Phasen der Kontaktaufnahme, der Entzugstherapie mit anschließender Entwöhnungsbehandlung und der Suchtnachsorge, wird ein idealtypischer Weg einer ausstiegsoorientierten Hilfskette skizziert (Krusse et al., 2001), der für viele Suchtkranke und -gefährdete nach Kruse und KollegInnen jedoch nicht notwendig, (noch) nicht gangbar bzw. nicht profitabel genug erscheint. Sie beziehen sich dabei zum einen auf den Personenkreis, der ein riskantes, missbräuchliches Konsummuster aufweist bzw. eine leichte Abhängigkeit zeigt. In vielen Fällen sei hier der »Königsweg« nicht indiziert, da eine Vielzahl von suchtbelasteten Menschen (ca. 66%-85%) das Suchtproblem ohne Hilfe des Suchtsystems bewältigt (Klingemann & Sobell, 2006). Körkel (2012, S. 261) spricht in diesem Zusammenhang vom »self-change«, »bei dem es oft nur professioneller Initialimpulse für eine eigenständige Veränderung bedarf«. Zum anderen nennen Kruse und KollegInnen den Personenkreis der Schwer- und Schwerstabhängigen, der von diesem »Königsweg« nicht oder nicht mehr profitieren kann und niederschwelliger Angebote bedarf. Petzold und Kollegen (2007, S. 77) bezeichnen es als »ein bedrückendes Faktum, daß für einen sehr großen Teil drogenkonsumierender/-abhängiger Menschen [und dies gilt für alle Schwerstabhängigen; D.D.] noch keine Behandlungsmethoden gefunden wurden, die ihnen ein drogenfreies Leben

ermöglichen oder zumindest ein Leben ohne soziale Vereelung, Kriminalität und die schweren physischen und psychischen Folge- und Begleiteffekte des Drogenkonsums. Die Behandlungsansätze in den stationären Entwöhnungseinrichtungen sind nur für einen spezifischen Teil der Drogenpopulation geeignet und gehen vielfach am Bedarf vorbei.«

Dass die mangelnde Inanspruchnahme des »Königswegs« durch suchtbelastete »Hard-to-reach«-AdressatInnen nicht immer Folge des chronischen Krankheitsgeschehens ist, sondern auch andere Ursachen hat, nämlich meiner Einschätzung nach strukturelle Mängel, darauf haben Kruse und KollegInnen zu Recht hingewiesen. Die DHS (1999, S. 7) fordert, trotz aller Probleme, dass es »auch in Zukunft sichergestellt sein [muss], daß neben den niedrigschwierigen Hilfen ausstiegsoorientierte Hilfen ohne bürokratische Hinderisse, individuell, flexibel, ortsnah und flächendeckend gewährleistet werden«. Der letztgenannte Personenkreis kann, meiner Erfahrung nach, von einer Psychotherapie innerhalb einer Suchtrehabilitation profitieren, und welche Paradigmen und Interventionen aus Sicht der Sozialen Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit notwendig sind, soll im Weiteren beschrieben werden.

Die Sucht ist (auch) eine soziale Krankheit: soziogenetische Aspekte der Sucht

In der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) wird die Sucht als Abhängigkeitssyndrom bezeichnet und beschrieben als eine »Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise bestehen ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen« (DIMDI, 2012). Neben dieser Definition von Sucht, und der des amerikanischen Klassifikationssystems DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: APA, 2000), gibt es keine allgemeingültige wissenschaftliche Beschreibung (Schay & Liefke,

2009), sondern es konkurrieren sozialwissenschaftliche, psychologische und neurobiologische Modelle. Feuerlein und Kollegen (1998) fassen diese unterschiedlichen Modelle in einem multikonditionalen Bindungsgefüge mit folgenden drei Faktorengruppen zusammen:

- Drogen,
- Individuum (physiologische und psychologische Faktoren),
- soziales Umfeld.

Psychologische Ursachenmodelle setzen sich nach Tretter und Müller (2000) in der Hauptsache mit dem Rauscherleben auseinander und damit, wie dieser oftmals positiv erlebte Zustand die Abhängigkeitsentstehung und -entwicklung aktiviert. »Die ›Positivierung‹ des Erlebens, egal ob es sich um einen besonders angenehmen Zustand oder um die Minderung eines negativen Zustands handelt, führt dazu, dass das Konsumverhalten wieder angestrebt wird. Es entsteht allmählich ein Verlangen nach diesem ›optimalen‹ Zustand.« (ebd., S. 51) Differenziert werden Modelle der akademischen Psychologie (lernpsychologisches Grundmodell, kognitive Modelle) und die aus der psychoanalytischen Tradition stammenden Konzepte (Tretter & Müller, 2000).

Das Zentrum des neurobiologischen Forschungsinteresses der Sucht liegt, wie Tretter und Müller (2000, S. 60) formulieren, in der »Chemie der Lust und der Unlust«, d.h., betrachtet werden insbesondere die Einflüsse der psychotropen Substanzen auf die Neurotransmittersysteme (aktivierende und dämpfende Wirkungen im Gehirn) und die Entwicklung des »Suchtgedächtnisses«.

Für eine Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit sind jene Suchtdefinitionen von besonderer Bedeutung, die die Aspekte der sozialen Folgeschäden und der sozialen, gesellschaftlichen Genese hervorheben, ohne die Einbettung in ein biopsychosoziales Modell zu negieren.

In sozialwissenschaftlichen Erklärungsmodellen wird im Hinblick auf die Genese der Sucht, was den Einfluss sozialer bzw. kultureller Faktoren betrifft, zwischen spezifischen und unspezifischen Faktoren unterschieden, und es erfolgt eine Betrachtung auf drei Ebenen: der makrosozialen, der mesosozialen und der mikrosozialen Ebene.

Auf der *makrosozialen Ebene* werden die spezifischen und unspezifischen Einflüsse der Gesellschaften betrachtet. Beispielsweise wird als spezifische Ursache für die Entstehung des Alkoholismus die gesellschaftliche Haltung einzelner Länder gegenüber dem Trinkkonsum identifiziert (Tretter & Müller, 2000). Differenziert wird nach Abstinenzkulturen, Trinkkulturen und gestörten Trinkkulturen. Bei den letztgenannten permissiven Trinkkulturen wird das Trinken in hohen Dosen toleriert und als Problemlöser akzeptiert (Lin-

denmeyer, 2005). Auf der *mesosozialen Ebene* werden Einflüsse auf der Gemeinde-, Stadt- und Regionalebene betrachtet, beispielsweise die Divergenz der Drogenabhängigkeitrate zwischen einzelnen Städten, die u.a. durch die Drogenpolitik, aber, nach Tretter und Müller (2001), auch durch »soziokulturelle Hintergrundfaktoren« beeinflusst wird. Auf der *mikrosozialen Ebene* wird der familiäre Sektor als Schutz- und Risikoort genannt. Es werden beispielsweise zwei risikoreiche Erziehungsstile markiert, zum einen eine permissive Haltung, zum anderen eine durch Zurückweisung geprägte Haltung.

Zwei Aspekte, die ineinander greifen, seien bei den psychosozialen Ansätzen hervorgehoben, insbesondere, wenn man es mit suchtblasteten »Hard-to-reach«-AdressatInnen zu tun hat: das Thema der Armut und das der Arbeitslosigkeit. Es gilt als unbestritten, dass beide Faktoren neben anderen als Folgeschäden vorkommen (vgl. Schneider, 2011, S. 259) und den Verlauf der Erkrankung maßgeblich beeinflussen können. Nach dem Soziogenesemodell von Strotzka kann man von einer indirekten oder tertiären Soziogenese der Sucht ausgehen. Aber Arbeitslosigkeit (und damit geht häufig Armut einher) scheint einen kausalen Effekt für die Genese der Abhängigkeit zu zeigen (Henkel, 2008) und kann als primäre oder direkte Soziogenese der Sucht angesehen werden, d.h. als »Vordergrund der multifaktoriellen Kausalität« (Strotzka, 1965) – wobei man, Schwendter (2000) folgend, konstatieren muss, dass der Übergang zwischen den Soziogeneseformen sicher fließend ist.

Zusammenfassend kann man, Kruše und KollegInnen (2001) folgend, den Alkoholismus (und dies gilt meiner Einschätzung nach für alle stoffgebundenen Süchte) als ein soziales Problem bezeichnen, das in der Genese, in der Ausprägung, im Krankheitsverlauf und in den Folgeschäden »eng an kulturelle, gesellschaftliche und soziale Faktoren geknüpft« (ebd., S. 106) ist.

Paradigmen Sozialer Psychotherapie in der Suchtkrankenhilfe

Diagnostisches Handeln und die daraus abgeleiteten Interventionen klinisch-sozialarbeiterischer Suchttherapie müssen theoriegeleitet erfolgen. Sie verlangen von den TherapeutInnen die Integration von Wissensbeständen der psychotherapeutischen Bezugswissenschaften, d.h. Wissen über die unterschiedlichen Paradigmen, wie den psychodynamischen, verhaltenstherapeutischen, humanistischen, systemisch-familientherapeutischen, schulenübergreifenden Ansatz, über die modernen Verfahren der Suchttherapie (z.B.

Rückfallpräventionsprogramme, Motivierende Gesprächsführung), aber auch über die geschichtlichen Aspekte sozialarbeiterischer Therapie (Deloie, 2011) und über die folgenden von mir beschriebenen Paradigmen einer Sozialen Psychotherapie:

- die »Person-in-Environment«-Perspektive (psychosoziale Betrachtung) – bei dieser für die Klinische Sozialarbeit konstituierenden Sicht sind das Psychische und das Soziale untrennbar miteinander verwoben;
- ein erweiterter Gesundheits- und Krankheitsbegriff, der u.a. salutogenetische Aspekte, Resilienzorientierung und Überlegungen zu einer Soziogenese von psychischen Störungen beinhaltet – bei der Soziogenese sind die sozialpathologischen Ausformungen nach Strotzka (1965) und die Forschungsergebnisse der gesundheitlichen Ungleichheit (Richter & Hurrelmann, 2009) von großer Bedeutung;
- neben der Kuration muss in der Sozialen Psychotherapie Gesundheit gezielt gefördert und somit ein kleiner Betrag zum Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit geleistet werden;
- Defizit- und Ressourcenorientierung;
- Lebensweltorientierung;
- ein lebenslaufbezogener Ansatz (»lifespan development approach«), der eine deziidiert entwicklungspsychologische bzw. entwicklungstheoretische, ferner salutogenetische Perspektive einnimmt – es werden über den Lebenslauf hinweg protektive Faktoren, Risikofaktoren beachtet, des Weiteren Resilienzen und Ressourcen (Orth & Petzold, 2001, S. 3);
- Netzwerktherapie – »Grundsätzlich muß davon ausgegangen werden, daß jede Form von Psychotherapie eine Form direkter oder indirekter Netzwerkintervention ist« (Hass & Petzold, 1999, S. 232);
- soziale Unterstützung – die hohe Affinität von sozialer Unterstützung und Psychotherapie haben Röhrle und Laireiter 2009 aufgezeigt, und sie weisen auf drei Verbindungen hin: »soziale Unterstützung als Rahmenbedingung für Psychotherapie« (S. 17), »soziale Unterstützung und Psychotherapie als Äquivalente« (S. 23) und »soziale Unterstützung als Gegenstand und Zielbereich der Psychotherapie« (S. 27).

Soziale Diagnostik in der Suchttherapie

Eine über lange Zeit wenig beachtete Tradition der Sozialen Arbeit erlebt in den letzten Jahren eine Renaissance: die soziale Diagnostik. Es haben sich Ansätze des Fallverständens (Dörr, 2002) entwickelt, »denen es um das Verstehen und die Interpretation der Wirklichkeit als einer von handelnden Subjekten sinnhaft konstruierten und intersubjektiv vermittelten Wirklichkeiten geht« (Wensierski & Jakob, 1997, S. 9).

Neben diesen Ansätzen der Kontinuumsanalyse und des hermeneutischen Fallverständens gewannen zum anderen Methoden der Kontextanalyse zunehmend an Bedeutung, deren Fokus auf der aktuellen Situation, und weniger auf der Geschichte der Problemlagen, liegt. Pantuček (2009, S. 123) spricht von Diagnoseverfahren, »die die soziale »Geographie« von Fällen vermessen«, und nach Beushausen (2012, S. 10) dient die Netzwerkanalyse der »Er-fassung sozialer Beziehungen auf der horizontalen Ebene.« Wenn wir in der Sozialen Psychotherapie bei Suchtkranken mit so-

zialen Netzwerken arbeiten, kommen wir nicht um eine entsprechende Netzwerkdiagnose herum. Pantuček (2006) spricht von der »Königsdisziplin« der Sozialen Diagnose und führt explizit die Netzwerk-karte auf. Als weitere Instrumente wurden das Soziogramm, die Ecomap (Beus hausen, 2012) und das soziale Atom bekannt. Diese für die Soziale Arbeit entwickelte Diagnostik des sozialen Umfeldes muss m.E. von einer klinisch-sozialarbeiterischen Suchttherapie adaptiert werden. Für mich gehören diese Instrumente zu den wichtigsten diagnostischen Werkzeugen in der Sozialen Psychotherapie bei Suchterkrankungen, da sie bei dieser Patientengruppe die Netzwerkqualität aufzeigen und die Notwendigkeit einer Veränderung deutlich machen. Man sollte sich jedoch bewusst machen, dass diese Technik Verleugnungs- und Bagatellisierungstendenzen abbaut und daher starke Emotionen evozieren kann. Daher sollte sie behutsam und erst bei Bestehen einer tragfähigen Beziehung eingesetzt werden. Dies gilt insbesondere bei Schwerabhängigen, die oft unter einem Mangel an benignen Beziehungen oder an sozialer Isolation leiden.

Während die letztgenannten Instrumente zur Erfassung der interpersonellen Dimension dienen, hat sich für mich in der Praxis der Suchttherapie für die Erfassung der sozioökonomischen Realität, der Lebenslage insgesamt und zur Einleitung von entsprechenden Interventionen die Inklusions-Chart 2 (Pantuček, 2009) bewährt.

Auf die diagnostischen Verfahren zur Einschätzung der intrapersonellen Dimension soll in diesem Zusammenhang verzichtet werden zugunsten weniger ausgewählter Verfahren (s. Tab. 1). Erwähnt sei die ICF-Klassifikation (International Classification of Functioning, Disability and Health), die in der Sucht zunehmend an Bedeutung gewinnt. Während die ICD-10 der Diagnosestellung dient, ist die ICF ein Klassifikationssystem, das die gesundheitlichen Auswirkungen im Alltag aufzeigt. Beachtet werden auch die positiven und negativen Kontextfaktoren und die vorhandenen Ressourcen. Es handelt sich um ein umfassendes System, das sich für die Anwendung in der Praxis jedoch als zu sperrig erwiesen hat. Basierend auf dem biopsychosozialen Gesundheitsmodell der ICF wurde der MATE (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluations), ein Interview für den Suchtbereich, entwickelt. Es ist ein Instrument, das sich noch in der Entwicklung befindet und mit dem »sich in kurzer Zeit ein Überblick über das Konsumverhalten, körperliche und psychische Beschwerden, sowie positive und negative Einflüsse in der Umwelt von Personen mit substanzbezogenen Störungen gewinnen« lässt (Buchholz et al., 2009, S. 227).

Dimensionen	Verfahren	Übergreifende Verfahren
Erfassung der sozioökonomischen Dimension	Inklusions-Chart 2	Ansätze des hermeneutischen Fallverständens, ICF-Klassifikation, MATE
Erfassung der interpersonellen Dimension	Netzwerkkarte, Ecomap, Soziogramm, soziales Atom, Inklusions-Chart 2	
Erfassung der intrapersonellen Dimension	Testpsychologische Untersuchungen, biografische Anamnese, Persönlichkeitsdiagnostik	

Tab. 1: Ausgewählte Verfahren der psychosozialen Diagnostik Sozialer Psychotherapie in der Suchtkrankenhilfe

Interventionsebenen Sozialer Psychotherapie in der Suchtkrankenhilfe

In der Psychotherapie ist es üblich, mit dem zu arbeiten, was die AdressatInnen in die Therapiestunde einbringen. Probleme, Sorgen, Ängste, Krisen etc. können die Inhalte sein. Wenn ich auf meine langjährige Tätigkeit als Suchttherapeut zurückblicke, sind es häufig die Themen, die aus dem sozioökonomischen und interpersonellen Bereich stammen, mit denen die »Sucht-KlientInnen« in die Einzeltherapie oder Gruppentherapie kommen, zumindest zu Beginn des Behandlungsprozesses. Geldsorgen, Arbeitsplatzverlust, Trennung, Scheidung, Ärger mit der Justiz etc. stellen prototypische soziale Problemlagen dar. Seltener wird initial intrapersonelles Geschehen angesprochen. Natürlich ist diese Ebene auch in der initialen Phase der Therapie implizit vorhanden, steht aber nicht unbedingt im Vordergrund. Diese Ebene rückt sukzessive in der Therapie nach. Das Heilsame liegt häufig schon in der Bearbeitung, Klärung und Lösung des sozioökonomischen und interpersonellen Bereichs, ohne die eine erfolgreiche Suchttherapie nicht durchzuführen wäre. Psychotherapie will, vereinfacht ausgedrückt, seelisches Leiden heilen oder mildern. Wenn dafür auch sozi-

ale Mittel notwendig sind, so sind diese einzusetzen. Dafür ist die Soziale Arbeit als Grundprofession für die Psychotherapie in der Sucht unabdingbar.

Die Soziale Psychotherapie, als ein auf dem psychosozialen Ansatz basierendes Behandlungsverfahren, ist in der Methodik in Modifikation zu Rauchfleisch (1996, 2006) als eine trifokale Therapie bei psychosozialen, krankheitsrelevanten Störungen konzipiert. In Diagnostik und Therapie werden klassische, psychotherapeutische und genuin sozialarbeiterische Elemente intermittierend oder parallel indikationspezifisch angewandt, wobei die soziale bzw. umweltliche Dimension differenziert betrachtet wird. Soziale Psychotherapie unterscheidet die intrapersonelle, interpersonelle sowie sozioökonomische Dimension und interveniert in allen drei Ebenen. Abbildung 1 führt die drei Interventionsebenen auf, die dafür notwendigen Kompetenzen, eine Auswahl dahinter stehender Ansätze, Theorien, Konzepte sowie beispielhafte Verfahren und Methoden.

Fallbeispiel

Zur Therapiesequenz: Herr M. kam aufgebracht und wütend zu mir in die Einzeltherapie. Hintergrund war, dass er seit zwei Monaten auf sein Geld von einer Behör-

de wartete. Zu Beginn der Therapie war der Patient im Rahmen der Einzeltherapie von mir in sozialrechtlichen Belangen beraten und auch in der Durchsetzung seiner sozioökonomischen Angelegenheiten unterstützt worden. Stellenweise, als der Patient zu Beginn der Rehabilitation unter kognitiven Problemen und einer eingeschränkten Frustrationstoleranz litt, hatte ich auch in seiner Anwesenheit mit den entsprechenden Behörden telefonischen Kontakt aufgenommen. Parallel wurde in der von mir geleiteten Gruppentherapie im Rahmen von Rollenspielen und sozialem Kompetenztraining an seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten gearbeitet, um hier schnell Autonomie zu fördern und persönliche Ressourcen zu stärken. Dem Patienten gelang dies auch zunehmend. Zunächst ließ ich ihm freien Raum dabei, seinem Ärger, den ich gut nachvollziehen konnte, Luft zu machen, da ich mit demselben Ansprechpartner bei der Behörde oft ähnliche Erfahrungen gemacht hatte wie der Klient (dieses Einfühlen in die Problematik war aber erst dadurch möglich, dass ich auch sozialarbeiterisch intervierte). Mit Herrn M. wurde dann ein kurzes Telefonat vorbereitet, in Form eines kleinen Rollenspiels, das er dann auch gut selber umsetzen konnte. Er blieb trotz seiner starken Affekte in der Gesprächssituation sachlich und bestimmt und wurde nicht ausfallend wie häufig in der Vergangenheit. Nach diesem Training im Bereich der sozialen Kompetenz und der Arbeit auf der interpersonellen Ebene (wobei diese sich klar durchmischt mit der genuinen sozialarbeiterischen Intervention) wurde in der gleichen Stunde mit dem Patienten der Fokus auf den intrapersonellen Bereich gelegt. Da der Patient nach dem

Soziale Psychotherapie in der Suchtkrankenhilfe als trifokaler Behandlungsansatz

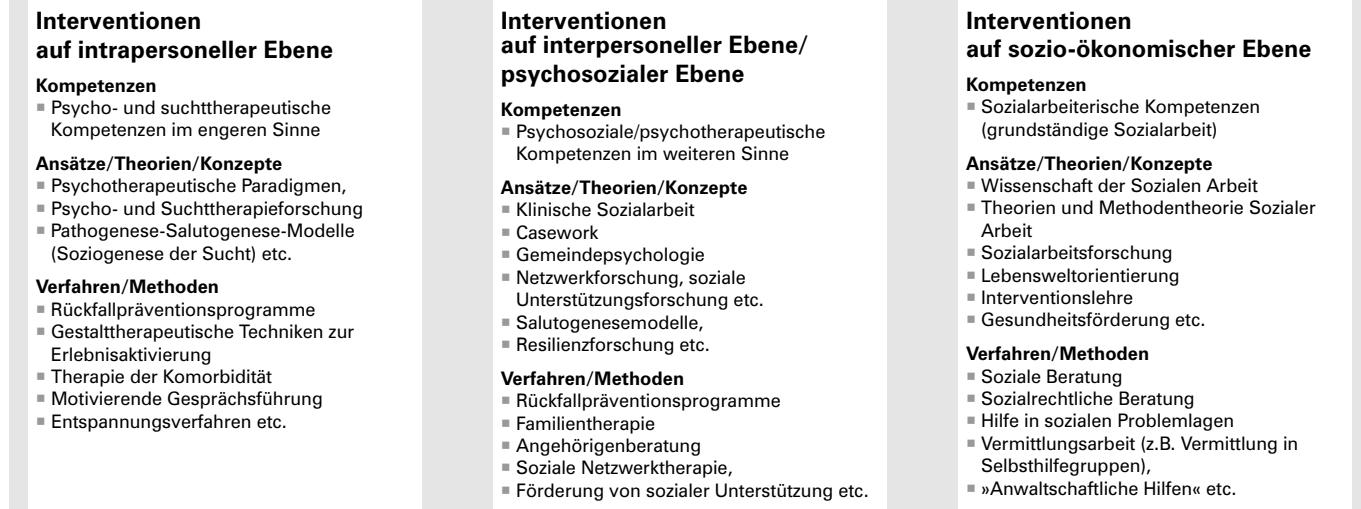


Abb. 1: Trifokales Behandlungsmodell Sozialer Psychotherapie

Telefonat mit der Behörde unter starkem Druck stand und Craving angab, eröffnete ich ihm die Möglichkeit, sich mit gestalttherapeutischen Techniken im weitesten Sinne zu entlasten. Dabei kam er auch in Kontakt mit lang verdrängten Gefühlen, die in späteren Sitzungen aufgearbeitet wurden. Dieser Fokuswechsel konnte aber nur auf Basis einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und im Rahmen eines vollstationären Settings mit viel Unterstützungsressourcen vollzogen werden.

Das Beispiel zeigt, dass hier die Aufarbeitung der sozioökonomischen Situation einen Weg bereitete, d.h. eine Ausgangsbasis für eine vertiefte intra- und interpersonelle Auseinandersetzung lieferte. Mit einer künstlichen Trennung von sozialarbeiterischen Interventionen und der Intervention im psychischen und psychosozialen Bereich wäre diesem Klienten nicht geholfen worden. Das soziale Geschehen bot einen Zugang zu seinen nicht bewussten Anteilen. Der Interventionswechsel erfolgte in diesem Beispiel innerhalb einer Therapiestunde.

Schlussbemerkung

Ohne Soziale Arbeit kann Suchtkrankenhilfe nicht richtig funktionieren, und ohne ein klinisch-sozialarbeiterisches Know-how auch nicht die Psychotherapie von Suchtkranken. Unverzichtbar wird aber dieser Background in der Arbeit von »Hard-to-reach«-AdressatInnen, die mit großer psychosozialer Not zu kämpfen haben. Hier ist ein Eingehen auf die soziale Dimension unerlässlich, und es sind entsprechende Fachkenntnisse in der Sozialen Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit vonnöten. Soziale Psychotherapie in der Arbeit mit von Exklusion und Marginalisierung betroffenen Suchtkranken kann meiner Einschätzung nach nur innerhalb eines Sozio-/Sozialtherapeutischen Gesamtkonzepts, wie es beispielsweise Petzold und Kollegen (2007), Sieper und Petzold (2011) sowie Pauls (2011) beschrieben haben, erfolgen. Die Soziale Psychotherapie ist ein wichtiger, aber nicht exklusiver Baustein im Bündel von sozio-/sozialtherapeutischen Maßnahmen, inklusive der Interaktionsmedien psychosozialer Beratung, Begleitung, Unterstützung und Betreuung (Stimmer, 2012) bei der Behandlung von Suchtkranken in prekären Lebenslagen. Solche AdressatInnen brauchen oft lange Zeiträume, um Entwicklungsschritte zu erreichen, brauchen auch Hilfen bei Rückschritten, Substanz-Rückfällen, aber auch bei Rückfällen in alte pathogene Verhaltensmuster- und maligne Strukturen. Sie brauchen Hilfe im Bereich des Wohnens, der Arbeit, der Tagesstruktur etc. Aufgrund häufig vorhandener Chronifizierungsprozesse ist eine langfristige »Karrierebegleitung« mit »in-

termittierenden« Behandlungssequenzen [z.B. Soziale Psychotherapie, D.D.]« (Sieper & Petzold, 2011, S. 6) notwendig.

Literatur

- 3 RK 63/66 (BSG-Urteil vom 18.06.1968) (1968). *Streit zwischen Krankenkasse und Sozialhilfeträger über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung – Alkoholsuchtskrankenhauspflegebedürftige Krankheit*. Online verfügbar: www.jurion.de/de/document/show/0:263546//1/100/?q=10785&fol=wkdtax_244&normal=1&sort=1 [25.09.2012].
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Text Revision*. Arlington, DC: APA.
- Beushausen, J. (2012). *Genogramm- und Netzwerkanalyse. Die Visualisierung familiärer und sozialer Strukturen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Buchholz, A., Rist, F., Küfner, H. & Kraus, L. (2009). Die deutsche Version des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit. *Sucht*, 55(4), 219-242.
- Deloie, D. (2011). *Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Deloie, D. (2012). Konzeption für eine Soziale Psychotherapie – Klinisch- sozialarbeiterische Perspektiven. *Klinische Sozialarbeit*, 8(4), 4-5.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) (o.J.). *Gründungserklärung und Aufruf zur Mitarbeit in der DG-SAS*. Online verfügbar: www.dg-sas.de/downloads/gruendung.pdf [29.09.2012].
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) (2009). *Zwei-Klassengesellschaft in der Sozialen Arbeit?* Online verfügbar: www.dg-sas.de/dialog/dg-sas_dialog_4.pdf [29.09.2012].
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefährden e.V. (DHS) (1999). *Suchtstoffpolitik ist mehr als Drogenpolitik und ein Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe ist mehr als die Summe von Einzelaktivitäten*. Online verfügbar: www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/10_Punkte-Katalog_der_DHS_1999.pdf [27.09.2012].
- Deutsches Institut für Medizinischen Dokumentation und Information (DIMDI) (2012). *ICD-10-GM. Version 2012. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)*. Online verfügbar: www.dimdi.de/static/de/klassi/icode-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2012/block-f10-f19.htm [27.09.2012].
- Dörr, M. (Hrsg.) (2002). *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse*. Baltmannsweiler: Schneider.
- Feuerlein, W., Küfner, H. & Soyka, M. (1998). *Alkoholismus – Mißbrauch – Abhängigkeit*. Stuttgart: Thieme.
- Hass, W. & Petzold, H.G. (1999). Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. In H. G. Petzold & M. Märtens (Hrsg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings* (S. 193-272). Opladen: Leske + Budrich.
- Henkel, D. (2008). Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Arbeitslosen und zur Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen: Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen. In D. Henkel & U. Zemlin (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 10-69). Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Klingemann, H. & Sobel, L. (Hrsg.) (2006). *Selbstheilung von der Sucht*. Wiesbaden: VS.
- Körkel, J. (2012). Wege aus der Sucht – Suchtarbeit, Abstinenz und selbstkontrollierter Konsum. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten. Lebenskrisen begleiten* (S. 261-276). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Ein strukturiertes Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin: Springer.
- Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, U. (2001). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen* (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Leune, J. (2012). Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In DHS (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2012* (S. 193-208). Lengerich: Pabst.
- Lindenmeyer, J. (2005). *Alkoholabhängigkeit* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Aufl.). Freiburg: Lambertus.
- Orth, I. & Petzold, H. G. (2001). Vorwort und Einführung. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Integrative Therapie: Das »biopsychosoziale« Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit – ein »lifespan development approach«. Theorie, Praxis, Wirksamkeit* (S. 3-16). Paderborn: Junfermann.
- Pantuček, P. (2006). *Soziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit*, 2(2), 4-8.
- Pantuček, P. (2009). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit* (2. verb. Aufl.). Wien: Böhlau.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (2. überarb. u. erw. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Petzold, H. G., Schay, P. & Hentschel, U. (2007). Niederschwellige Drogenarbeit und »intermittierende« Karrierebegleitung als Elemente einer protektiven Gesamtstrategie der Drogenhilfe. In H. G. Petzold, P. Schay & W. Ebert (Hrsg.). *Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung* (2. überarb. Aufl.; S. 77-101). Wiesbaden: VS.
- Rauchfleisch, U. (1996). *Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauchfleisch, U. (2006). Psychoanalytische Sozialarbeit mit dem bifokalen Behandlungsmodell. *Klinische Sozialarbeit*, 2(3), 4-7.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. akt. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Röhrle, B. & Laireiter, A.-R. (2009). Soziale Unterstützung und Psychotherapie. Zwei eng vernetzte Forschungsfelder. In B. Röhrle & A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und Psychotherapie* (S. 12-46). Tübingen: dgvt.
- Schay, P. & Liefke, I. (2009). *Sucht und Trauma. Integrative Traumatherapie in der Drogenhilfe*. Wiesbaden: VS.
- Schneider, R. (2011). *Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit* (16. korrig. Aufl.). Baltmannsweiler: Scheider.
- Schuhler, P. (2010a). Psychotherapie bei Substanzabhängigkeit und komorbider Angststörung. In M. Vogelsang & P. Schuhler (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und klinische Praxis* (S. 167-186). Lengerich: Pabst.
- Schuhler, P. (2010b). Psychotherapie bei Substanzabhängigkeit und komorbider depressiver Störung. In M. Vogelsang & P. Schuhler (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und klinische Praxis* (S. 148-166). Lengerich: Pabst.
- Schwendter, R. (2000). *Einführung in die Soziale Therapie*. Tübingen: dgvt.
- Sieper, J. & Petzold, H. G. (2011). Soziotherapie/Sozialtherapie – ein unverzichtbares Instrument gegen soziale Exklusion und für die psychosoziale Hilfeleistung in »prekären Lebenslagen«. *Polylogie*, 11(3). Online-Publikation: www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polylogie/sieper-petzold-soziotherapie_sozialtherapie_2011a-03-2011.pdf [19.11.2012].
- Steier, M., Kampe, H. & Kunz, D. (1997). *Rückfallprävention in der ambulanten Nachsorge Suchtkranker*. Kronberg: Gesellschaft zur Qualitätssicherung der Sozial- und Suchttherapie.
- Stimmer, F. (2012). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (3. überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Strotzka, H. (1965). *Einführung in die Sozialpsychiatrie*. Reinbek: Rowohlt.
- Tretter, F. & Müller, A. (2001). Ursachenmodelle der Suchtforschung. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 33-72). Göttingen: Hogrefe.
- Vogelsang, M. & Schuhler, P. (2010). Vorwort der HerausgeberInnen. In M. Vogelsang & P. Schuhler (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und klinische Praxis* (S. 13-16). Lengerich: Pabst.
- Wensierski, H.-J. von & Jakob, G. (1997). Rekonstruktive Sozialpädagogik. Sozialwissenschaftliche Hermeneutik, Fallverstehen und sozialpädagogisches Handeln. In G. Jakob & H.-J. Wensierski (Hrsg.), *Rekonstruktive Sozialpädagogik* (S. 7-22). Weinheim: Juventa.

5. Fachtagung Klinische Sozialarbeit

Workshoptagung: Mit Zielen arbeiten trotz widriger Umstände

Wie wirken Ziele? Es erscheint geboten, heute Ziele zu haben und geradezu unpassend, ziellos zu sein. Doch was sind Ziele? Sind sie bewusst oder unbewusst? Wünsche, Ideen, Träume können Ausdruck unbewusster Erlebniswelten oder unbewusster Zielvorstellungen sein. Wie können elementare Ziele von Menschen entdeckt und entwickelt werden und wann werden Ziele handlungsbedeutsam? In der psychosozialen Praxis stellt sich die Frage, was bewegt Menschen wirklich?

Referierende: Die Tagung führt international Expertinnen und Experten zusammen, welche über ausgewiesene Forschungs- und Praxiserfahrung verfügen. Sie sind an verschiedenen Hochschulen Europas und der USA tätig und können damit den Dialog im Sinne der Praxisoptimierung in idealer Weise führen.

Zielpublikum: Fachpersonen der Sozial- und Beratungsarbeit, der Gesundheit und psychosozialen Praxis.

Tagungsleitung: Prof. Dr. Günther Wüsten, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, guenther.wuesten@fhnw.ch

Termin und Ort: 13. und 14. Juni 2013, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Olten/Schweiz

Weitere Informationen:

Leitung Organisation: Monika Amann, T +41 62 957 20 13, monika.amann@fhnw.ch

Anmeldung: Florinda Cucci, T +41 62 957 20 41, florinda.cucci@fhnw.ch

Fachhochschule Nordwestschweiz | Hochschule für Soziale Arbeit | Riggensbachstrasse 16 | CH-4600 Olten

www.klinischesozialarbeit.ch

Berufsbegleitender Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit

Start des 12. Kurses im Sommersemester 2013

Studieninhalte:

- Theorien, Interventions- und Forschungsmethoden und Evaluation
- psycho-soziale Diagnose und Beratung
- Soziale Therapie
- Krisenintervention
- Rehabilitation
- Case Management
- Qualitätssicherung

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 und www.ash-berlin.eu



Ältere, hilfebedürftige Drogenabhängige und ihre Erwartungen an die Sozialarbeit

Irmgard Vogt

Belastungskarrieren von Süchtigen

Die Forschung belegt, dass der Anteil der Männer und Frauen, die in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter süchtig werden und die als Süchtige altern, sehr häufig aus Familien kommt, die selbst unter starken Belastungen gestanden haben oder stehen (Dragano, 2007). Überdurchschnittlich viele Süchtige haben Eltern, die selbst Alkohol- oder andere Drogenprobleme hatten oder haben. Viele Kinder, die in diese Familien hineingeboren werden, sind schon bei der Geburt durch Fehl- und Missbildungen des Zentralnervensystems, insbesondere durch die Fetalen Alkohol-Spektrums-Störungen, belastet (vgl. z.B. Spohr & Steinhausen, 2008). Der Konsum von Alkohol und anderen Drogen während der Schwangerschaft wirkt sich auch auf die Zeit nach der Geburt aus; z.B. haben viele Kinder nach der Geburt ein Entzugssyndrom, das medizinisch behandelt werden muss. Es kommt dann zur Trennung von Mutter und Kind, was wiederum negative Folgen für den Bindungsprozess haben kann.

Es bleibt aber nicht allein bei diesen Gefährdungen vor und kurz nach der Geburt. Diese Kinder wachsen sehr häufig in Familien auf, in denen das Familienklima starken Schwankungen unterliegt, je nachdem, ob das süchtige Elternteil »gut drauf ist« oder eben nicht (Ripke, 2003). Schätzungsweise jedes zweite Kind, das in einer Familie mit Suchtproblemen aufwächst, entwickelt eine Reihe von Verhaltensstörungen (Klein, 2008). Typisch sind Aufmerksamkeit-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS), ebenso Lese-Rechtschreib-Schwächen, aber auch auffällige Aggressivität. Die Entwicklungsstörungen führen in der Regel zu Problemen im Kindergarten und in der Schule. Dazu kommt, dass süchtige Eltern ihre Kinder nicht besonders gut umsorgen und vor häuslicher Gewalt und allgemeiner vor Gefahren schützen können (Vogt, 1994, 2004). Je länger die Gewalteinwirkungen andauern und je invasiver sie sind, umso wahrscheinlicher ist es, dass die Kinder eine Posttraumatische Belastungs-Störung (PTBS) entwickeln, die im Laufe des Lebens zu weiteren psychischen und Persönlichkeitsstörungen führen kann. Wir gehen heute davon aus, dass ca. 20% der alkoholabhängigen und ca. 70% der drogenabhängigen Frauen in ihrer Kindheit sexuelle Gewalt erlebt haben (Zenker

et al., 2002; Hien, 2009; McKeaganey et al., 2005). Bei den süchtigen Männern liegen die Angaben zu körperlichen Gewalt erfahrungen bei ca. 40% und zu sexueller Gewalt zwischen 10% und 20% (Klingemann et al., 2008).

Mädchen und Jungen, die in der Kindheit intensiver Gewalt ausgesetzt waren, haben in der Jugend und als Erwachsene ein höheres Risiko der Revictimisierung. Es entstehen dann sogenannte Opferbiografien. Allerdings verarbeiten manche Gewaltpatienten ihre Erfahrungen in der Jugend durch Rollenumkehr: Sie werden selbst zu TäterInnen und bedrohen andere mit Gewalt. Kontrovers diskutiert wird aktuell, ob man diese Rollenumkehr häufiger bei männlichen Opfern von Gewalt findet (GiG-net, 2008) oder gleichermaßen bei beiden Geschlechtern (Heyden, 2012). Gesundheitsschädlich ist beides, wiederholte Revictimisierungen als auch Täterbiografien.

Studien über Drogenabhängige belegen, dass Misserfolge in Schule und in der Berufsausbildung für diese Gruppe typisch sind (z.B. Degkwitz & Zurhold, 2010). Fehlende Schul- und Berufsabschlüsse erschweren den Zugang zum Erwerbsleben und folglich die Eingliederung in die Normalbevölkerung. Die Daten belegen auch, dass sich die Prozesse gegenseitig bedingen: Schulschwierigkeiten stehen in engem Zusammenhang mit vergleichsweise hohem Konsum von alkoholischen Getränken, von Zigaretten und Cannabis – und umgekehrt führen diese Konsummuster zu Schulschwierigkeiten. Kommt dann noch der Konsum von Straßenheroin und -kokain dazu, lassen sich die Entwicklung von Abhängigkeit und das Abdriften in das Drogenmilieu nur noch schwer aufhalten.

Der exzessive Konsum von alkoholischen Getränken, von Zigaretten oder von Straßendrogen ist gesundheitlich riskant. Besonders groß sind die Gesundheitsrisiken beim Erwerb und Konsum von Straßendrogen, einmal, weil der Erwerb ein krimineller Akt ist, zum andern, weil die Stoffe keinen Qualitätskontrollen unterliegen, und schließlich, weil z.B. Heroin und Crack meist injiziert werden – eine Konsumform, die besondere Risiken mit sich bringt (Rosen et al., 2008; Vogt, 2009). Zudem sind Straßendrogen vergleichsweise teuer. Zur Geldbeschaffung lassen sich die Konsumenten auf weitere kriminelle Handlungen ein, vor allem auf Straßenhandel mit Drogen, Ladendieb-

stahl, Hehlerei, Raub (Handtaschenraub usw.). Als Folge davon kommt es zur Verfolgung durch die Polizei, zu Anklagen, Verurteilungen und Haftbefehlen. Der Anteil der drogenabhängigen Männer, die wegen Drogen- und anderen Delikten eine Gefängnisstrafe abgesessen haben, ist hoch. Er steigt mit dem Alter systematisch an und liegt bei den 40-50-Jährigen bei 80% bis 90% (Höselbarth et al., 2011). Drogenabhängige Frauen werden von der Polizei weniger häufig aufgegriffen, sie werden seltener angeklagt und müssen noch seltener ins Gefängnis.

Nimmt man die Biografie von chronischen Abhängigen von Alkohol und anderen Drogen in den Blick, zeigen sich spezifische Belastungsprofile, die bei allen Unterschieden auch einige Gemeinsamkeiten haben. Dazu gehören Belastungen während der Schwangerschaft und in der Kindheit durch den Drogenkonsum der Eltern, durch Armut in der Familie und durch Gewalt. Man geht davon aus, dass jedes zweite Kind, das in einer Suchtfamilie aufwächst, an den Entwicklungsaufgaben in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter scheitert (Vogt, 2011).

Die familiären, sozialen und substanzassoziierten Belastungen beeinträchtigen die Gesundheit und die sozialen Netzwerken stark, wie die Ergebnisse von qualitativen und quantitativen Studien mit älteren Drogenabhängigen belegen.

Ältere Drogenabhängige zu Gesundheit, sozialen Beziehungen und Alter

Die folgenden Ausführungen stützen sich auf mehrere Studien mit qualitativen, leitfadengestützten Interviews mit insgesamt 50 Drogenabhängigen (40 Männer und zehn Frauen), die im Jahr 2009 in Berlin und im Rhein-Main-Gebiet durchgeführt worden sind. Die Befragten waren im Durchschnitt 52,7 Jahre alt (Spannbreite: 45-61 Jahre; Beschreibung der Studienanlage, der Durchführung und der Auswertung u.a. bei Eppler et al, 2011; Vogt 2012). Aus diesen Interviews werden hier typische Aussagen der Befragten zu ihrer gesundheitlichen Lage, zu ihren sozialen Beziehungen und zu ihren Vorstellungen, wo sie im Alter und bei Pflegebedürftigkeit leben wollen, dargestellt und inhaltlich zusammengefasst.

Alle Befragten waren aktuelle KonsumentInnen von psychoaktiven Drogen. 43 Befragte erhielten ärztlich verordnete

Opiode; sieben waren wegen ihres Drogenkonsums nicht in ärztlicher Behandlung. Zusätzlich konsumierten alle Befragten andere psychoaktive Stoffe, vor allem Zigaretten und – mit unterschiedlicher Intensität – alkoholische Getränke sowie Straßendrogen wie Cannabis, Heroin, Kokain/Crack und Benzodiazepine.

Aussagen zur Gesundheit und zum Leben im Alter

Aktive Drogenkonsumenten erleben sich sehr oft als gesund, auch wenn sie eine Reihe von chronischen Beschwerden und akuten Krankheiten haben. Das belegen für diese Stichprobe die Angaben zur Gesundheit im (quantitativen) Fragebogen. Danach geben 45 StudienteilnehmerInnen an, dass sie im Durchschnitt 2,5 Beschwerden bzw. (chronische) Krankheiten haben. Dennoch sagen 40% der Befragten, dass sie sich (sehr) gesund und sogar »topfit« fühlen.

»Ich bin zwar 60% schwerbehindert, einmal der HEP C, dann hatte ich eine Operation an der Wirbelsäule gehabt. Da habe ich zwischen dem vierten und fünften Lendenwirbel keine Bandscheibe, sondern das ist verknorpelt. Und dann habe ich auf dem linken Auge nur 5% Sehkraft noch. Also daher kommen die 60% Schwerbehinderung. Aber es ist nicht so, dass mich das im Alltag jetzt großartig beeinträchtigt.« (Interview 48, m)

Das Zitat belegt typisch, dass auch diejenigen, die detailliert ihre körperlichen Beschwerden aufzählen, sich davon »nicht großartig beeinträchtigt« fühlen. Insgesamt gesehen ergeben sich starke Tendenzen zur Bagatellisierung der körperlichen Beschwerden, was auch daran liegen kann, dass die ständige Einnahme von Opioiden, also von potennten Schmerzmitteln, die Wahrnehmung von Leiden einschränkt. Gesundheitliche Beschwerden werden mit Gabe von Methadon oder jeder Spritze Heroin ganz wörtlich weggedrückt.

Aber es gibt Grenzen beim Bagatellisieren und Wegdrücken. Einige Befragte schildern sehr eindrücklich, wie sie unter schwersten Krankheitsepisoden gelitten haben, und dass sie in der Folge davon den Entschluss gefasst haben, ihren Lebensstil zu ändern. Typisch dafür ist folgende Aussage:

»Ich bin todkrank geworden durch eine Tuberkulose-Meningitis, hab' im Rollstuhl gesessen, bin fast gestorben, und danach ändert man sein Ver..., wenn man leben will, ändert man sein Verhalten.« (Interview 40, w)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass fast alle Interviewten in irgendeiner Weise die gesundheitlichen Folgen ihres bisherigen Lebensstils spüren, darauf aber eher mit Bagatellisierung antworten. Fast die Hälfte der Befragten

schätzt ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein, obwohl sie über ihre gesundheitlichen Einschränkungen und chronischen Krankheiten Bescheid weiß. Nur einige wenige meinen, dass sie wegen ihrer gesundheitlichen Beschwerden ihren Lebensstil ändern müssen.

Anders verhält es sich mit den psychischen Störungen. Depressionen und Ängste werden von denjenigen, die darunter leiden, sehr oft als sehr belastend und meistens auch als schlimmer als die körperlichen Erkrankungen beschrieben.

»Ich hab' so und so mit Depressionen zu tun. Und Depressionen, das ist eine ganz üble Sache aus zweierlei Gründen: Man sieht es dir nicht an. Wenn du jetzt z.B. ein Bein gebrochen hast, wird keiner von dir erwarten, dass du hundert Meter rennst. Aber wenn du halt seelisch krank bist und wenn man das nicht sieht und du auch funktionierst, dann sagt man auch: ›Stell dich doch nicht so an! oder ›Das ist doch alles nicht so wild! Aber seelischer Schmerz, der ist schlimmer wie Zahnschmerzen.« (Interview 48, m)

In diesem Sample sind es vor allem die Männer, die ihr Leiden an psychischen Störungen vergleichsweise detailliert beschreiben und die klar sagen, dass diese für sie viel schlimmer sind als körperliche Krankheiten. Das liegt wohl auch daran, dass Heroin gegen Depressionen wenig hilft und dass Kokain Angstzustände und Panikattacken verstärken kann, wie das folgende Zitat belegt.

»Vor vier Jahren so ungefähr hab' ich angefangen, Panik- und Angstattacken zu bekommen, durch meinen immensen Kokainmissbrauch, den ich gehabt hab', noch dazu halt Heroin, und da hab' ich Panik-, Angstattacken, Todesängste gekriegt. Und da wär' ich beinah' ... Da hätte es mich beinahe erwischt, sozusagen. Da hab' ich gewusst, es ist Zeit, entweder du stirbst jetzt, oder du steigst aus, machst was Neues. Naja, da war ich in der Psychiatrie sechs Wochen, erst bin ich in den Entzug gegangen, dann bin ich in die Psychiatrie.« (Interview 13, m)

Auch dieses Beispiel zeigt, dass extreme Erfahrungen mit der eigenen Gesundheit die Einsicht reifen lassen, dass man den Lebensstil ändern muss, wenn es weitergehen soll. Wie lange diese Einsicht anhält und wie dauerhaft der Wille zur Veränderung ist, darüber kann man auf der Grundlage dieser Interviews keine Aussagen machen.

Soziale Beziehungen, Ausgrenzung und Isolation

Wir haben unsere InterviewpartnerInnen ausführlich nach ihren Beziehungen zur Herkunfts-familie, zur eigenen Familie und zu FreundInnen gefragt und in engem Zusammenhang damit nach prägenden Erfahrungen der Exklusion oder der Inklusi-

on. Darauf kann hier nicht ausführlich eingegangen werden. Die Ergebnisse lassen sich sehr pauschal folgendermaßen zusammenfassen:

Auffallend sind das Fehlen von sozialen Beziehungen und die dünnen sozialen Netzwerke der älteren Drogenabhängigen. Viele Befragte haben weder Beziehungen zu Personen aus ihrer Herkunfts-familie noch zu denen der eigenen Familie noch zu FreundInnen. Dafür hat man eine Art großen Bekanntenkreis von Drogen konsumierenden Männern und Frauen, die man täglich an den immer gleichen Orten wie z.B. den Methadonvergabestellen oder den Anlaufstellen für Drogenabhängige trifft; jedoch unterhält man zu diesen Bekannten eher lockere soziale Beziehungen. Wie Smith und Rosen (2009) in ihrer Studie dargestellt haben, liegt das auch daran, dass viele Menschen, mit denen die Klientel in engem Kontakt gestanden hat, bereits verstorben sind, oft an den Folgen des langjährigen und exzessiven Konsums von psychoaktiven Substanzen (Alkohol oder anderen Drogen). Dazu kommen schmerzhafte Erfahrungen mit Enttäuschungen in der Beziehung zu anderen Drogenabhängigen. Gefängnisaufenthalte machen zusätzlich misstrauisch gegenüber Dritten; sie tragen ihren Teil zur Verfestigung von Beziehungsproblemen bei.

Im Kontakt mit der Normalbevölkerung begegnet den Drogenabhängigen Diskriminierung, Stigmatisierung und Ausgrenzung. Wer als Drogenabhängiger »erkannt« wird, muss außerhalb des Drogenmilieus damit rechnen, unfreundlich angesprochen zu werden. Das Etikett »Drogenabhängigkeit« ist in der Normalbevölkerung negativ besetzt (Anderson & Levy, 2003). Aber auch im Milieu gibt es vergleichbare Ausgrenzungsprozesse, vor allem gegenüber Personen, die die Krankheitszeichen einer fortgeschrittenen HIV-Infektion bzw. von AIDS nicht mehr verbergen können. Um sich weitere schmerzhafte Erfahrungen und Enttäuschungen in der Begegnung mit anderen zu ersparen, bevorzugen es daher viele der Befragten, sich in die Isolation zurückzuziehen (Connor & Rosen, 2008). Die Folgen davon sind Beziehungslosigkeit und Einsamkeit.

Wer so isoliert lebt, hat meistens niemanden, der sich bei psychischen oder physischen Problemen um ihn kümmert. So geht es jedenfalls der Mehrzahl der Studienteilnehmer. Typisch dafür sind folgende Aussagen:

»Wenn ich Hilfe brauche ... ich glaub', dann muss ich alleine mit klar kommen (lacht). Ja, bei mir gibt's keinen.« (Interview 49, m) »Ja, eigentlich nur die hier vom Haus jetzt ... Wenn ich im Krankenhaus war oder so was, dann ist vom Haus jemand gekommen und hat nach mir ge-

guckt, also so ... Sozialarbeiter.« (Interview 32, m)

Die wichtigsten Bezugspersonen, auf die man sich im Krankheitsfall verlässt, sind SozialarbeiterInnen der Drogenhilfe, der Aidshilfe oder des Sozialdienstes im Krankenhaus. Nach den Vorstellungen der älteren Drogenabhängigen übernehmen sie die Rollen, die sonst Familienmitgliedern und FreundInnen zugewiesen werden: Sie sollen sich um sie kümmern, wenn sie Hilfe brauchen oder krank sind.

Die Erwartungen der älteren und vor allem der kranken Drogenabhängigen an die Sozialarbeit wirft Fragen danach auf, ob die Profession diese überhaupt erfüllen kann und will, ob sie das allein tun soll oder in Zusammenarbeit mit anderen sozialen Diensten, und was davon im Interesse der Klientel selbst ist. Bevor darauf abschließend kurz eingegangen wird, sollen noch einige Aussagen zu den Vorstellungen, wo und wie ältere Drogenabhängige bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit leben wollen, dargestellt werden.

Wo und wie ältere und kranke Drogenabhängige gerne leben würden

Auf die Frage, wo und wie sie denn leben wollen, wenn sie mehr Hilfen, mehr Pflege benötigen, gibt es unterschiedliche Reaktionen. Zunächst einmal sagen alle, sie wollen, so lange es geht, »allein« in ihrer eigenen Wohnung leben oder im Betreuten Einzelwohnen oder anderen Einrichtungen, die ein Optimum an Freiheit garantieren. Wenn sich das aber aufgrund des zunehmenden Pflegebedarfs nicht mehr realisieren lässt, sagt etwa die Hälfte, dass sie sich das Leben in einem normalen Altenpflegeheim vorstellen könnte. Das mag zwar einige Schwierigkeiten haben, weil auf beiden Seiten Vorbehalte gegenüber der jeweils anderen Gruppe bestehen, es mag aber auch eine Chance sein, aus dem Drogenmilieu herauszukommen und in Kontakt mit normalen (alten) Menschen zu kommen.

Eine ebenso große Gruppe lehnt das Zusammenleben mit Nicht-Drogenabhängigen ab. »In einem ganz normalen [Altenpflegeheim]? Nein, nein, weil ich mein Leben lang immer andere Probleme hatte als sie, und ich kann mich da nicht hinsetzen und reden, dass der Nachbar sowieso die Zipperlein hat und was weiß ich. Das ist dann nicht mehr so mein Ding.« (Interview 3, w)

In dieser Gruppe plädieren viele dafür, dass es »Altersheime für Süchtige« braucht, in denen die Drogenabhängigen unter sich sind und miteinander reden und umgehen können. Allerdings wünschen sie sich, dass es dort feste Regeln gibt, damit das Zusammenleben nicht aus dem Ruder läuft.

Kurz, die Vorstellungen der Drogenabhängigen selbst über ein Leben unter

den Bedingungen großer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sind gespalten. Eine erste Gruppe der Befragten würde gerne mit anderen Alten zusammenleben, die keine Belastungs- und Drogenbiografien haben. Eine zweite Gruppe möchte auch im hohen Alter lieber im Drogenmilieu bleiben.

Hilfebedürftige ältere und kranke Drogenabhängige und die Sozialarbeit

Wie an anderer Stelle dargestellt, wünschen und erwarten die hilfsbedürftigen und kranken (älteren und alten) Drogenabhängigen, dass die SozialarbeiterInnen sich um sie kümmern, wenn es ihnen schlecht geht und wenn sie professionelle Hilfe brauchen. Sie erwarten viel von der Sozialarbeit, nicht zuletzt die Lösung der Probleme, die sich ergeben, wenn sie dauerhaft pflegebedürftig sind. In der Zusammenarbeit mit der Aidshilfe (Hilckmann, 2011) hat die Drogenhilfe in einigen Städten tatsächlich schon ein recht gut funktionierendes soziales Netzwerk aufgebaut, das diese Klienten auffängt. Dieses Netzwerk ist durchlässig angelegt: Wer sich in den Kliniken für HIV- und AIDS-Kranke erholt hat und stabilisiert ist, kann ausziehen, sich eine eigene Wohnung suchen oder – wenn mehr Hilfeleistungen benötigt werden – sich um einen Platz in einem entsprechenden Wohnhaus oder einer Wohngemeinschaft für Drogenabhängige oder in einem Pflegeappartement bewerben. Die Sozialarbeit begleitet die Drogenabhängigen in die Kliniken und in andere Wohneinrichtungen.

Es haben sich aber auch schon einige »Altersheime« für Drogenabhängige gebildet, in die Betroffene einziehen können. Zuständig für diese Einrichtungen ist die Drogenhilfe (z.B. Fuhrmann, 2011), die auch das meiste Personal stellt.

Je nach Kontext und Fall sind die Anforderungen an die SozialarbeiterInnen in den Einrichtungen für ältere, hilfsbedürftige und kranke Drogenabhängige hoch. Ausbildungsstandards für die Arbeit mit dieser Klientel sind bislang nicht erarbeitet worden. Es wäre aber notwendig, einschlägige Ausbildungscurricula zu entwickeln, denn es geht um Sozialarbeit mit einer schwierigen Klientel in sehr kritischen Lebensphasen, oft auch um Sterbegleitung und schließlich um die Organisation von Beerdigung und Nachlassverwaltung. Das sind Aufgaben, die nicht alltäglich sind und die bislang nicht zum Curriculum in der Ausbildung zur Sozialarbeit in der Sucht- und Drogenhilfe gehören. Eine intensive Diskussion über eine differenzierte Ausgestaltung z.B. der Klinischen Sozialarbeit ist in diesem Zusammenhang angesagt.

Literatur

- Conner, K. O. & Rosen, D. (2008). »You're nothing but a junkie«: Multiple experiences of stigma in an ageing methadone maintenance population. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(2), 244-264.
- Degkwitz, P. & Zurhold, H. (2010). *Die Bedarfe älterer Konsumierender illegaler Drogen. Zukünftige Anforderungen an Versorgungskonzepte in der Sucht- und Altenhilfe in Hamburg*. Hamburg: HLS.
- Dragano, N. (2007). Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 55(42), 18-25.
- Eppler, N., Kuplewatzky, N. & Vogt, I. (2011). »Aber seelischer Schmerz, der ist schlimmer wie Zahnschmerzen«. Die Sicht von älteren Drogenabhängigen und von Expertinnen und Experten auf die sozialen Beziehungen und die Gesundheit. In I. Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern* (S. 167-207). Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Fuhrmann, K. (2011). Ältere Drogenabhängige: Neue Herausforderungen, neue Antworten. In I. Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern* (S. 263-282). Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- GiG-net (Hrsg.) (2008). *Gewalt im Geschlechterverhältnis*. Opladen: Budrich.
- Heyden, S. (2011). Vom Opfer zum Täter – Mechanismen der Traumtransmission. *Klinische Sozialarbeit*, 7(1), 4-7.
- Hien, D. (2009). Trauma, posttraumatic stress disorder, and addiction among women. In K. T. Brady, S. E. Back & S. F. Greenfield (Hrsg.), *Women and addiction* (S. 242-256). New York: Guilford.
- Hilckmann, M. (2011). Wohn- und Pflegegemeinschaften für ältere Drogenkonsumenten mit HIV und AIDS: Modellprojekte am Beispiel von ZIK-zuhause im Kiez in Berlin. In I. Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern* (S. 229-250). Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Hößelbarth, S., Stöver, H. & Vogt, I. (2011). Lebensweisen und Gesundheitsförderung älterer Drogenabhängiger im Rhein-Main-Gebiet. In I. Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern* (S. 137-166). Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Klein, M. (Hrsg.) (2008). *Kinder und Suchtgefahren*. Stuttgart: Schattauer.
- Klingemann, H., Gomez, V., Eggi, P. & Schlüsselberger, M. (2008). *Geschlechtsrollenorientierung und maskuliner Identität. Schlussbericht zuhanden der Schweizerischen Stiftung für Alkoholforschung (SSA)*. Elikon, Schweiz: Alkoholismus Therapieforschung Schweiz (ATF).
- McKeganey, N., Neale, J. & Robertson, M. (2005). Physical and sexual abuse among drug users contacting drug treatment services in Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 12(3), 223-232.
- Ripke, M. (2003). »...ich war gut gelaunt, immer ein bisschen witzig«. Eine qualitative Studie über Töchter alkoholkranker Eltern. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Rosen, D., Smith, M., L. & Reynolds, C. F. (2008). The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(6), 488-497.
- Smith, M. L. & Rosen, D. (2009). Mistrust and self-isolation: barriers to social support of older adult methadone clients. *Journal of Gerontological Social Work*, 52(7), 653-667.
- Spohr, H.-L. & Steinhäusen, H.-C. (2008). Fatale Alkohol-Spektrums-Störungen: Persistierende Folgen im Erwachsenenalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(41), 693-698.
- Vogt, I. (1994). *Alkoholikerinnen*. Freiburg: Lambertus.
- Vogt, I. (2004). *Beratung von süchtigen Frauen und Männern*. Weinheim: Beltz.
- Vogt, I. (2009). Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger. Ein Literaturbericht. *Suchttherapie*, 10(1), 17-24.
- Vogt, I. (Hrsg.) (2011). *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger*. Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Vogt, I. (2012). Drogenabhängige im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Psychotherapie im Alter*, 9(2), 181-196.
- Zenker, C., Bammann, K. & Jahn, I. (2002). *Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen*. Baden-Baden: Nomos.

»Hier sind Sie richtig« – Klinische Sozialarbeit und ihre Schlüsselfunktion in der Suchthilfe

Jost Leune

Berührungen von Klinischer Sozialarbeit und Suchthilfe

Die ebenso häufig wie falsch beschriebene »Sucht« ist eine Abhängigkeitserkrankung und damit eine behandlungsbedürftige, sozial und psychiatrisch relevante Krankheit mit chronischen Verläufen. Sie wird begleitet von sozialen, körperlichen und weiteren seelischen Beeinträchtigungen, die die gesellschaftliche Teilhabe der betroffenen Menschen verhindert, wenn sie nicht behandelt werden.

Fachdienst für die Hilfen bei einer Abhängigkeitserkrankung ist die Suchthilfe. Ihre Tätigkeit ist sozial- und gesundheitspolitisch motiviert und fachlich begründet. Suchthilfe und Drogenhilfe befassen sich mit den Problemlagen der Betroffenen und beschäftigen sich in diesem Rahmen auch mit der Entstehungsdynamik der Probleme, um diese zu verstehen. Die notwendige fachliche und ethische Parteilichkeit für abhängige Menschen berücksichtigt dabei Grenzen, die durch Gesetze, Bedürfnisse der Bürger und gesellschaftliche Vereinbarungen gesetzt werden.

Ebenso wie die Suchthilfe geht die Klinische Sozialarbeit von einem biopsychosozialen Grundverständnis von Gesundheit, Störung, Krankheit und Behinderung aus und legt den Fokus auf eine differenzierte psychosoziale Diagnostik sowie Beratung und Behandlung im Kontext der Lebenswelt der Betroffenen. Die Begrifflichkeit des »Klinischen« betont damit eine Schwerpunktsetzung auf Handlungsvollzüge im direkten Kontakt mit KlientInnen in einem sozialtherapeutischen Kontext, sowohl in einem institutionellen Rahmen als auch besonders in deren unmittelbarer Lebenswelt.

Suchtkranke Menschen haben ein Recht auf Achtung ihrer Menschenwürde. Sie haben daraus resultierend auch die Pflicht, an der Veränderung ihrer Lebensumstände im Sinne einer Verbesserung mitzuwirken. Auch unter dem Einfluss der Abhängigkeitserkrankung verbleiben den betroffenen Menschen Ressourcen, sich in der Gesellschaft angemessen und sinnvoll zu verhalten. Menschen, die abhängigkeitsbedingt ihre Ressourcen nicht nutzen können, müssen durch entsprechende Hilfen, wie z.B. motivierende Maßnahmen, unterstützt werden. Suchtkranke Menschen können vor diesem Hintergrund die Leistungen der Suchthilfe nutzen, um ihre soziale und gesellschaftliche Teilhabe sicherzustellen. Suchthilfe hat ihrerseits die Aufgabe, auf

hilfsbedürftige Menschen zuzugehen und ihnen ihre Leistungen anzubieten.

Der heterogene Charakter der Abhängigkeitserkrankung mit ihren individuell ausgeprägten somatischen, psychischen und sozialen Folgen verlangt nach einer differenzierten Hilfestruktur. Demgemäß hat sich in Deutschland ein breites Spektrum ambulanter, teilstationärer und stationärer Angebote für die verschiedenen Gruppen Suchtkranker herausgebildet, das es in einem Verbundsystem der Suchthilfe (vgl. Abb. 1) erlaubt, den unterschiedlichen Indikationen und Problemstellungen gerecht zu werden (fdr, 2005).

Angebote der Suchthilfe im Rahmen Klinischer Sozialarbeit

Folgende wesentliche Angebote der Suchthilfe bestehen im institutionellen Rahmen Klinischer Sozialarbeit:

- **Niedrigschwellige Angebote** sind ein in das Hilfesystem hineinführendes Angebot, mit einer Kontaktaufnahme als Grundlage für weitere Hilfe, u.a. durch Konsumräume, Streetwork oder Kontaktläden mit soziopädagogischer Betreuung. Bundesweit ca. 300 Angebote.
- **Psychosoziale Beratungsstellen sowie Suchtberatungs- und Behandlungsstellen** haben eine zentrale Aufgabe bei der Beratung und Betreuung Abhängigkeitserkrankter und sind zentrale Anlaufstellen. Sie unterstützen Betroffene beim Aufbau der Motivation, Hilfe anzunehmen, erstellen Hilfepläne und vermitteln Leistungen der Medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben oder der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Suchtberatungs- und Behandlungsstellen übernehmen vielfach auch die psychosoziale Begleitung Substituierter. Bundesweit ca. 1.300 Stellen mit ca. 500.000 Kunden.
- **Übergangseinrichtungen** sind ein vollstationäres Angebot für Suchtkranke. Sie dienen der seelischen und körperlichen Gesundheitsförderung sowie der Förderung sozialer Verantwortlichkeit. Ziel ist die Vermittlung in eine geeignete Folgeeinrichtung. In der Regel sind dies Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Betreute Wohnheime oder Betreutes Einzelwohnen. Bundesweit nur geringe Verbreitung.

- Die **betriebliche Suchtkrankenhilfe** versteht sich als Teil eines integrierten Konzeptes, das neben der allgemeinen Information, Aufklärung und Beratung schwerpunktmäßig ein betriebsbezogenes Interventionsprogramm umfasst. Dieses kann abhängigkeitsgefährdeten und -kranken Beschäftigten in Betrieben und Dienststellen eine möglichst frühzeitige Inanspruchnahme von geeigneten und qualifizierten Hilfeangeboten sowie betriebsnahe Formen der nachgehenden Begleitung und Betreuung ermöglichen. Bundesweit keine Zahlen verfügbar.

- Zur Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung im *ambulanten rehabilitativen Setting* stehen Angebote in verschiedenen Einrichtungen zur Verfügung: Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachambulanzen, ganztägig ambulante Einrichtungen (auch: teilstationäre Einrichtungen, Tageskliniken, Tagesrehabilitation). Die Einzelheiten für die Voraussetzungen zur Durchführung ambulanter Entwöhnungsbehandlungen ergeben sich aus den medizinischen und psychosozialen Behandlungserfordernissen. Das Personal besteht überwiegend aus weitergebildeten Angehörigen Sozialer Berufe. Bundesweit

etwa 400 anerkannte Einrichtungen und ca. 11.000 Maßnahmen.

- In *stationären Rehabilitationseinrichtungen* (Fachkliniken) werden stationäre Entwöhnungsbehandlungen mit dem Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durchgeführt. Bundesweit 320 Einrichtungen mit 13.200 Plätzen und jährlich etwa 60.000 Maßnahmen.
- Die stationäre medizinische Rehabilitation kann bei einer bestimmten Gruppe von Rehabilitanden eine sogenannte *Adaptionsphase* einschließen, bzw. es kann eine entsprechende Phase folgen. Diese wird ebenfalls im *stationären Rahmen* durchgeführt. Das Personal besteht überwiegend aus weitergebildeten Angehörigen Sozialer Berufe. Bundesweit etwa 115 Einrichtungen mit mehr als 1.200 Plätzen.
- Maßnahmen der *Sozialen Rehabilitation* sind bei mehrfachgeschädigten abhängigkeitskranken Menschen notwendig. Sie umfassen Hilfen zum Wohnen, zur Arbeit und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Bundesweit 268 Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie mit mehr als 10.700 Plätzen, 112 Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie mit mehr als 1.200 Plätzen, 460 Angebote des Ambulanten Betreuten Wohnens mit mehr als 12.000 Plätzen.
- Die Integrationsleistung von Erwerbsarbeit und ihre stabilisierende Funktion verwirklichen sich in *Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekten* der Suchthilfe. Arbeitsplätze bieten die Basis für eine erfolgreiche Integration und Stabilisierung der abhängigkeitskranken Personen. Arbeit und Beschäftigung müssen frühzeitig und in unterschiedlichen Konsum-, Abstinenz- oder Substitutionsphasen durch geeignete Projekte der Suchthilfe angeboten werden. Bundesweit etwa 250 Angebote der Suchthilfe mit mehr als 4.800 Plätzen.

Diese und weitere Hilfen für Abhängigkeitskranken werden idealerweise im »Verbundsystem der Suchthilfe«, angeboten, das aus spezialisierten und regionalen Netzwerken gebildet wird. Die Zusammenarbeit im Verbundsystem ist dadurch gekennzeichnet, dass sich Leistungserbringer zusammenschließen und dabei

- ihre Behandlungs- und Hilfekonzepte aufeinander abstimmen,
- ergänzende oder alternative Leistungen »aus einer Hand« anbieten,
- flexibel auf unvorhergesehene Krisen reagieren,
- für ein reibungsloses Schnittstellenmanagement sorgen,
- Betroffene durch den Hilfeprozess begleiten (Fallmanagement),
- leistungsrechtliche und finanzielle Fragen für die Betroffenen grundsätzlich klären,
- sich gemeinsam auf Qualitätsstandards verpflichten und diese weiterentwickeln.

Suchthilfe ist (fast immer) Klinische Sozialarbeit

Im Verbundsystem der Suchthilfe arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen in unterschiedlichen Einrichtungen zusammen. Qualitätsmerkmal ist die Teamarbeit, die Angehörigen bestimmter Berufsgruppen nicht automatisch Leitungsaufgaben zuweist. Abbildung 2 zeigt die Zusammensetzung der Berufsgruppen in der ambulanten Suchthilfe auf der Grundlage von 788 Einrichtungen. Sozialarbei-

terInnen und SozialpädagogInnen machen hier 61,3% der Beschäftigten aus.

In der medizinischen Rehabilitation ist der Anteil von Angehörigen Sozialer Berufe in den Einrichtungen, die sich an der Deutschen Suchthilfestatistik beteiligen, deutlich geringer und liegt nur bei 14,2% (Abb. 3). Dies deckt sich mit den Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an die Strukturqualität von Rehaeinrichtungen, die bezogen auf 100 Therapieplätze fünf SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen (in Einrichtungen der Drogenhilfe neun!) vorsehen.

Trotz einer gemeinsamen Suchthilfestatistik ist es kaum möglich, genaue Zahlen darüber zu erheben, wie viele Angehörige von Berufsgruppen Sozialer Arbeit in der Suchthilfe tätig sind. Wahrscheinlich sind es etwa 10.000 Personen, und die meisten Aufgaben in der Suchthilfe entsprechen den Kriterien Klinischer Sozialarbeit. Zu diesen Aufgaben gehören:

- aufsuchende Arbeit: Unterstützende Gespräche und »Lebenspraktische« Angebote;
- Gesprächsführung und Gruppenleitung, deren Qualität durch langjährige Erfahrung, Fort- und Weiterbildung und Supervision gesichert wird;
- individuelle Hilfープlanung, inkl. Zielvereinbarung mit den KlientInnen, und Fallkonferenzen;
- verbindliche Regelungen der Fallzuständigkeit;
- Casemanagement;
- motivierende Gesprächsführung;
- Krisenintervention;
- Einzel- und Gruppentherapie nach den vom VDR empfohlenen Methoden für die Rehabilitation Suchtkranker.

Soziale Arbeit ist prädestiniert zur Übernahme dieser Aufgaben. Hey (2000) beschreibt die Funktion der Sozialen Arbeit als die des Managements sozialer Risiken. Ihre funktionale Autonomie bezieht sie daraus, dass sie auf die Bewältigung sozialer Integrationsprobleme ausgerichtet ist. Eine Aufgabe, die keine andere Berufsgruppe in der Suchthilfe erbringen kann. Die Klinische Sozialarbeit behält diese Praxisstruktur grundsätzlich bei und ergänzt sie um die Gesichtspunkte der personenzentrierten Hilfe (»direct practice«) für schwer zugängliche Klientel in Form störungsspezifisch abgestimmter eigenständiger Beratung, Behandlung und Prävention auf der Grundlage eines biopsychosozialen Paradigmas (»Person-in-Situation«). Diese für die Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit charakteristische Vorgehensweise (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005) ist in der vorangehenden Auflistung typischer Aufgabenstellungen der Suchthilfe unschwer zu erkennen.

Literatur

- Fachverband Drogen- und Rauschmittel (fdr) (Hrsg.) (2005). *Mindeststandards der ambulanten Suchthilfe*. Hannover: fdr. Online verfügbar: fdr-online.info/pdf/FDRMindeststandardsAmbSH.pdf [20.11.2012].
Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Reinhardt.
Hey, G. (2000). Soziale Arbeit. In F. Stimmer (Hrsg.) *Suchtlexikon* (S. 536-542). München: Oldenbourg.

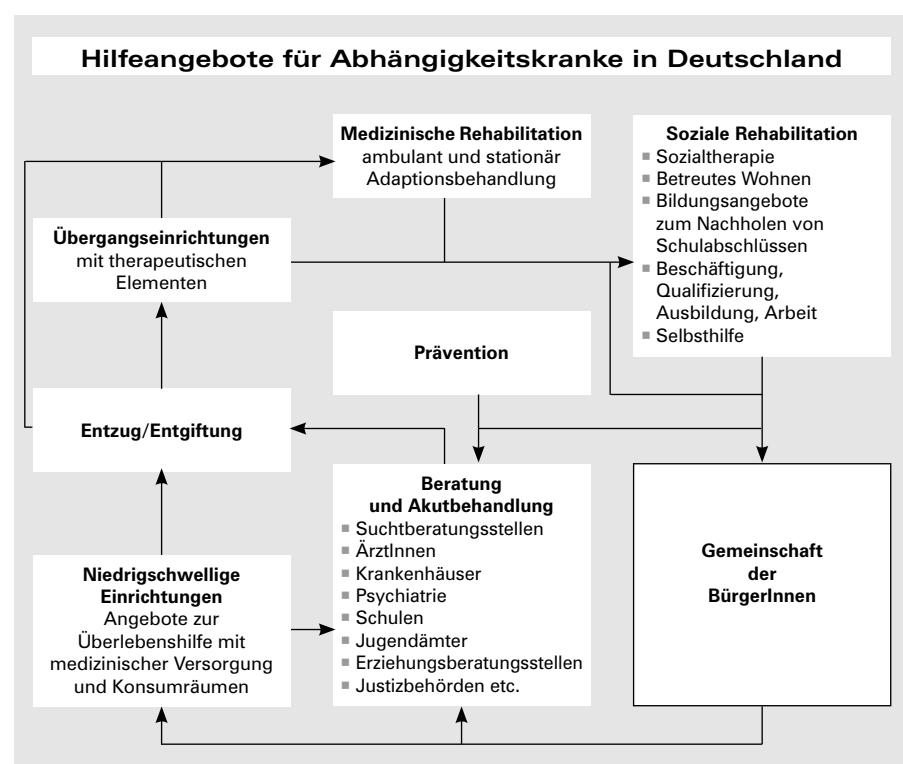


Abb.1: Verbundsystem der Suchthilfe

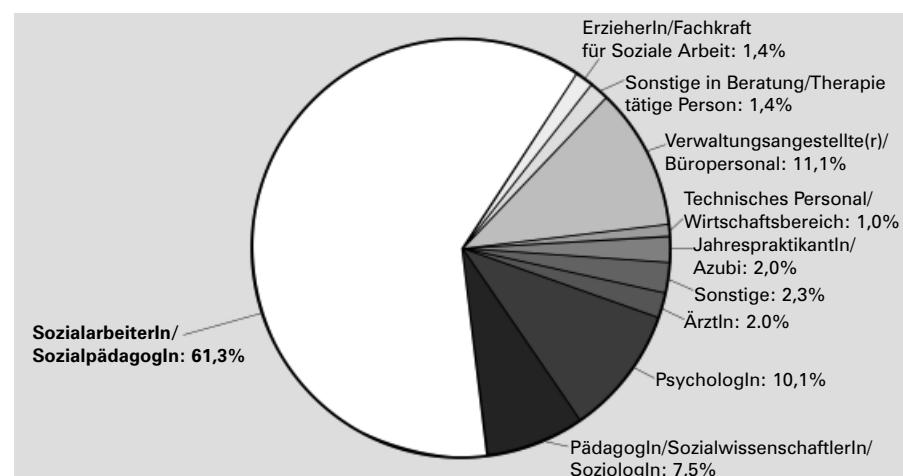


Abb. 2: Anteil sozialer Berufe in ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe

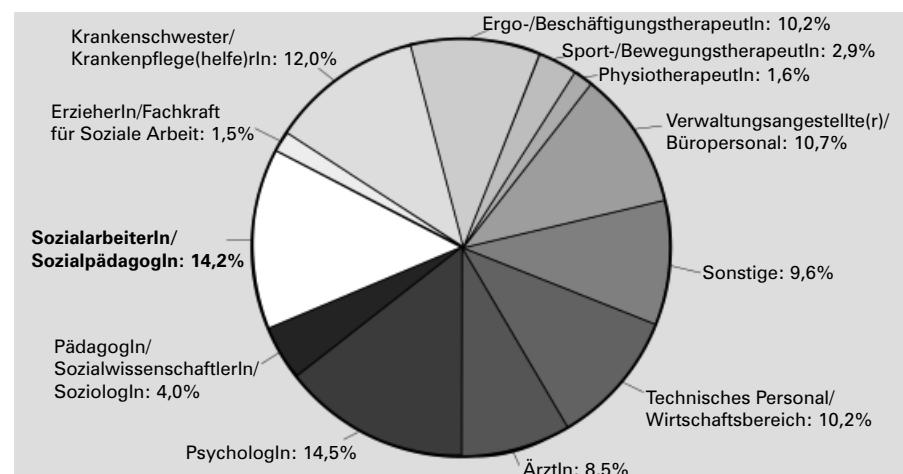


Abb. 3: Anteil Sozialer Berufe in der medizinischen Einrichtungen der Suchthilfe