

1 Vorwort

Aufgrund eines Praktikums, welches ich in einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie absolviert habe, entschied ich mich, meine Abschlussarbeit über die lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen in der stationären Psychiatrie zu schreiben.

Weiterhin wurde ich durch diese Tätigkeit in meinem Berufswunsch gestärkt, im Anschluss des Studiums in diesem Arbeitsfeld Fuß zu fassen. Ich möchte mich aktiv einbringen, das Suchtpotenzial bei betroffenen Menschen reduzieren und ihnen Hilfestellungen ermöglichen, damit sie mit ihrer Erkrankung umgehen lernen und präventive Maßnahmen in Anspruch nehmen. Ich möchte die Lebenswelt der Klienten¹ einbeziehen, intensiv auf deren Lebenslagen eingehen und eine gemeinsame Netzwerkarbeit schaffen. Grenzen bei der praktischen Arbeit, Rückschläge im Leben des Erkrankten und die Erschließung neuer Wege werden u.a. in dieser Arbeit behandelt. Ich habe mich mit der theoretischen und praktischen lebensweltorientierten Sozialen Arbeit in der Psychiatrie und ihren Umsetzungsmethoden befasst. Dabei verwendete ich Literatur, das Internet und eigene praktische Erfahrungen. Aufgrund der Bearbeitung dieses Themas habe ich mir folgende Fragen für die Umsetzung der Sozialen Arbeit und somit auch für mich persönlich in meiner beruflichen Tätigkeit gestellt: Wird die Lebenswelt der Klienten in der stationären Psychiatrie individuell betrachtet und berücksichtigt? Wird diese Arbeit gemeinsam mit dem Betroffenen danach ausgerichtet und wird der erkrankte Mensch in den Prozess der Hilfestellung einbezogen?

Diese Fragen werden nicht nur allein anhand von Literatur geklärt, sondern müssen innerhalb der Praxis Antwort finden. Somit stellt sich ein Anspruch für Sozialarbeiter und andere Professionen, die Thematik ernst zu nehmen und gemeinsam lebensweltorientiert mit dem Klienten zu arbeiten.

Im weiteren Text finden die Leser eine Bearbeitung von Unterthemen der Arbeit mit Abhängigkeiterkrankten in der stationären Psychiatrie sowie Umsetzungsmöglichkeiten von der Theorie in die Praxis.

Zu Beginn werde ich eine überschaubare Einführung in die Thematik vornehmen und einige Begrifflichkeiten erläutern.

¹ Im laufenden Text wird zum besseren Lesefluss die weibliche Form nicht explizit ausgeschrieben. Es sind immer beide Geschlechter gemeint, außer die Person wird speziell geschlechtlich dargestellt.

2 Abhängigkeit und Sucht

2.1 Begriffserklärungen

Die Begrifflichkeit „Sucht“ wird von der Weltgesundheitsorganisation sinngemäß wie folgt beschrieben: Die Sucht ist ein Zustand regelmäßig wiederkehrender oder anhaltender Vergiftung, hervorgerufen durch den mehrfachen Gebrauch eines natürlichen oder synthetischen Stoffes, welcher für den Einzelnen und das Umfeld gesundheitsschädigend ist. Zusätzlich unterteilt sich diese Definition in die psychische und physische Abhängigkeit, den Missbrauch oder den schädlichen Gebrauch und die polyvalente Substanz.

Die veraltete Bezeichnung „Sucht“ geht auf das Wort „siechen“ zurück und diesem werden verschiedene Inhalte zugewiesen, wie z.B. Krankheit (Gelb-, Schwindsucht), Verhaltensstörungen (Alkohol-, Drogen-, Spielsucht) und negative menschliche Eigenschaften (Hab-, Streit-, Geltungs-, Eifersucht). Wegen der Vieldeutigkeit wird die derzeitige Benennung „Abhängigkeit“ verwendet. Die Abhängigkeit oder Sucht ist gekennzeichnet durch einen mächtigen Drang oder eine zwanghafte Begierde und das Gebundensein, bestimmte Substanzen zu konsumieren. Weiterhin kann eine Abhängigkeit eine verminderte Kontrollfähigkeit, physische und psychische Entzugssymptome und eine Toleranzentwicklung (Erhöhung der Dosen) beinhalten. Die Vernachlässigung anderer Vergnügen und persönlicher Interessen können sich schädlich auf die sozialen Netzwerke und zwischenmenschlichen Beziehungen auswirken.²

Im nächsten Punkt werden die Erkrankungen nach einem bestimmten Klassifikationssystem als Vorlage in Deutschland betrachtet.

2.2 Klassifikation nach ICD-10

Die ICD-10 ist die Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (engl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

² vgl. Möller, Laux, Deister 2009, S. 307

vgl. Loviscach 1996, S. 32

vgl. Clausen, Dresler, Eichenbrenner 1997, S. 81 f.

vgl. <http://www.suchthilfe-wetzlar.de/hp-dateien/sucht.htm>, verfügbar am 22.11.2011

Dies ist das weltweit gültig anerkannte Diagnose- und Verschlüsselungssystem der Medizin und wird von der Weltgesundheitsorganisation publiziert. Die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es für die ICD-10 zwei wesentliche Einsatzbereiche, zum einem die Verschlüsselung von Todesursachen (ICD-10-WHO) und zum anderen die Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung (ICD-10-GM / deutschsprachig).³ Die Diagnosen der Abhängigkeit und den damit möglichen verbundenen Störungen unterteilen sich im ICD-10 im Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) und nehmen einen bestimmten Stellenwert, in F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ein.⁴ (s. Abb. 1, S. 38)

2.3 Diagnostik

2.3.1 Alkoholismus

Die Diagnostik des Alkoholismus bezieht sich auf die Bewertung des abweichenden Trinkverhaltens (Trinkmenge und -frequenz), der alkoholentsprechenden Schäden (körperlich, seelisch, sozial) und der Alkoholabhängigkeit. Maßgebend ist das Vorherrschen einer psychischen und/oder physischen Abhängigkeit. „Nach ICD-10 liegt eine Abhängigkeit vor, wenn 3 oder mehr der folgenden Kriterien vorliegen:

- starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren („Craving“)
- Kontrollverlust bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- körperliche Entzugssymptome
- Toleranzentwicklung
- Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums
- anhaltender Konsum trotz eindeutig schädlicher Folgen⁵

(s. Abb. 2, S. 39)

3 vgl. <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/index.htm>, verfügbar am 24.11.2011

4 vgl. <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/index.htm#V>, verfügbar am 24.11.2011

5 Möller, Laux, Deister 2009, S. 326 ff.

Zusätzlich werden von professionell ausgebildeten Fachkräften (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Therapeuten, etc.) körperliche Untersuchungen, Fragebogen-Screening, testpsychologische Verfahren, Laborbefunde, u. v. m. mit dem Klienten/Patienten durchgeführt, um sich ein genaueres Bild der Erkrankung und deren Fortschreiten einzuholen.⁶

2.3.2 Drogen- und Medikamentenabhängigkeit

Für die Befunderhebung einer Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen gelten folgende Merkmale wie Rausch, Verwirrtheit, Leistungssenkung, Schlaflosigkeit, Schmerzen, Nervosität und Reizbarkeit als psychische Hinweise für eine Erkrankung. Somatisch bedingt zählen Einstichstellen, enge/weite Pupillen, Appetitlosigkeit, blassfahle Haut und Voralterung darunter. Hinsichtlich der sozialen Veränderungen beinhalten diese das stark veränderte Verhalten, eventuelle Kriminalität und Prostitution, Vernachlässigung der Körperpflege und der veränderte Kleidungsstil. Um eine Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit nachweisen zu können, bestehen verschiedene Untersuchungsmethoden wie z.B. Drogen-Screening im Urin, Haaranalyse, Pupillometrie (Verfahren zur Messung des Pupillendurchmessers), Blutuntersuchungen und psychologische Testverfahren.⁷

2.4 Epidemiologie

Der Anteil der abhängigkeiterkrankten Menschen in Deutschland beträgt etwa 5-7% der Bevölkerung. Einen hohen Stellwert in der deutschen Gesellschaft nimmt mit ca. 1,6 Mio. Menschen der Alkoholismus ein. Männer sind meist häufiger betroffen als Frauen. Jedoch ist die Dunkelziffer hoch. An den Folgen dieser Erkrankung sterben in der BRD jährlich etwa 73.000 Menschen.⁸ Sogenannte harte illegale Drogen werden von ungefähr 200.000 Menschen konsumiert und Männer überwiegen das Verhältnis in der Einnahme.⁹ Bei der Medikamentenabhängigkeit wird eine Zahl zwischen 1,4 Mio. und 1,9 Mio. Menschen geschätzt und hiervon sind es ungefähr 2/3 der Frauen.¹⁰

6 vgl. Möller, Laux, Deister 2009, S. 326 f.

7 vgl. Möller, Laux, Deister 2009, S. 347 f.

8 vgl. Dyckmans 2011, S. 21

9 vgl. Dyckmans 2011, S. 55

10 vgl. Dyckmans 2011, S. 45

Bezüglich der Tabakabhängigkeit spricht die Literatur erstaunlicherweise von 4-7,5 Mio. Menschen in Deutschland.¹¹ Demnach wird fast jeder zweite Raucher als abhängig bezeichnet. Die jährliche Sterberate hinsichtlich des Drogenkonsums liegt bei ungefähr 1.300 Menschen und infolge des Rauchens bei ca. 110.000 Menschen.¹²

3 Darstellung der stationären Psychiatrie

3.1 Was ist Psychiatrie?

Die Psychiatrie ist ein gesondertes Fachgebiet der Medizin. Die Diagnostik, Intervention, Prävention, Therapie und Erforschung sind in dem Konzept Psychiatrie inbegriffen. Zusätzlich werden enge Verbindungen zu anderen Bereichen hergestellt wie die Neurologie, Neurobiochemie, Soziologie, Psychologie, Psychoanalyse, Verhaltensforschung, Anthropologie und Genetik.¹³ Die Dauer des Klinikaufenthaltes und die Behandlungsformen werden folglich noch genauer betrachtet.

3.2 Fachbereiche

Die Fachbereiche des stationären Hilfesystems umfassen die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Gerontopsychiatrie, die Forensische Psychiatrie, die Allgemeinpsychiatrie und den Suchtbereich (Abhängigkeitserkrankungen in der Psychiatrie).

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) dient der gesunden Entwicklung der Persönlichkeit und der sozialen Integration. Folgende Gründe lassen auf einen notwendigen Aufenthalt in der KJP schließen: Abweichendes Verhalten, Verhaltensauffälligkeiten, Gewaltbereitschaft, Drogenkonsum, psychische Folgen nach sexuellem Missbrauch, Essstörungen, etc. In der Regel reicht die stationäre Behandlungsdauer über 6 bis 8 Wochen.¹⁴

11 vgl. Möller, Laux, Deister 2009, S. 311

12 vgl. Möller, Laux, Deister 2009, S. 311
vgl. Dyckmans 2011, S. 34, 56

13 vgl. Dörr 2005, S. 11 ff.
vgl. Möller, Laux, Deister 2009, S. 2

14 vgl. Dörr 2005, S. 62
vgl. <http://www.skh-rodewisch.sachsen.de/index.php-SKH-Rodewisch-Psychiatrie-Neurologie-id=174.html>, verfügbar am 01.12.2011

Die Gerontopsychiatrie behandelt u.a. Menschen mit psychischen und psychoorganischen Erkrankungen des höheren Lebensalters oder Nervenerkrankungen.¹⁵

Die Forensische Psychiatrie befasst sich mit psychisch kranken Straftätern, z.B. Maßregelbehandlungen alkohol- oder drogenabhängiger Gesetzesbrecher.¹⁶

Die allgemeine Psychiatrie, welche einen Behandlungszeitraum von etwa 6 Wochen beinhaltet, umfasst meist 2 Stationen (offene und geschützte Station). Die offene Station ist für Klienten, die Absprachen einhalten und für die erforderlichen Behandlungen Verantwortung übernehmen können. Die Akutstation (geschlossene, geschützte Station) dient Menschen, welche psychisch instabil sind und für die eine Selbst- bzw. Fremdgefahr besteht. Zielgruppe der Allgemeinpsychiatrie sind alle Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen von 18 bis ca. 65 Jahren. Davon ausgeschlossen sind Menschen mit vorherrschenden Suchterkrankungen. Sie werden in den Suchtbereich integriert.¹⁷

Der Suchtbereich gilt für alle psychischen- und Verhaltensstörungen Erwachsener ab dem 18. Lebensjahr durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente) sowie nicht stoffgebundene Suchterkrankungen u.a. die Spielsucht. Die Behandlung basiert auf einer Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung begleitet mit Medikamenten, therapeutischen und sozialarbeiterischen Interventionen.¹⁸

Die Bestimmung der genannten Fachbereiche und dessen zugehörige Klientel hängt vom Alter und der Art der Erkrankung des Einzelnen ab.

Bezüglich der Thematik dieser Arbeit möchte ich weiter auf die Erwachsenenpsychiatrie eingehen. Mehrere chronische Krankheiten sind bisher nur in geringem Maße therapie- und besserungsfähig. Sobald die Störungen im Kindheitsalter beginnen, begleiten sie die Betroffenen meist durch ihr ganzes Leben, oft auch in unveränderter Form und Intensität. Es gibt auch psychische Erkrankungen, die für den Klienten im Erwachsenenalter oft spontan, rasant und erstmalig aufkommen. Im Gegensatz zur Allgemeinmedizin, in der Krankheiten meist nach Ursachen bzw. Gründen klassifiziert werden, schaut man in der Psychiatrie nach Symptom-, Verhaltens- oder Verlaufsähnlichkeiten. Da aufgrund des psychischen Leidens oft keine Ursachen

15 vgl. <http://www.bethanien-hochweitzschen.de/index.php?id=591>, verfügbar am 01.12.2011

16 vgl. <http://www.sanktgeorg.de/forensische-psych.html>, verfügbar am 01.12.2011

17 vgl. <http://www.bethanien-hochweitzschen.de/index.php?id=593>, verfügbar am 01.12.2011

18 vgl. <http://www.bethanien-hochweitzschen.de/index.php?id=592>, verfügbar am 01.12.2011

bekannt und erklärbar sind. Hinsichtlich dieses Punktes können die Lebens- und Problemlagen der Adressaten beleuchtet werden und gemeinsam eventuelle Ursachen oder Gründe transparent gemacht werden.¹⁹

3.3 Typische Lebens- und Problemlagen der Adressaten im Suchtbereich

Die typischen Lebens- und Problemlagen der Adressaten werde ich aus meinen eigenen praktischen Erfahrungen darlegen und mit theoretischen Inhalten verknüpfen.

Unterschieden wird im Suchtbereich zwischen einer Haupt- und Nebendiagnose. Um eine Aufnahme auf diese Station zu bewirken, sollte die Abhängigkeitserkrankung die Hauptdiagnose sein. Faktoren neben einer Suchterkrankung können u.a. psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Verhaltensstörungen beim Klienten sein. Gemeinsam mit Ärzten und Psychologen sollte sich die Frage klären, ob z.B. der Alkoholismus durch eine Depression ausgelöst wurde oder eine Depression die Trinksucht entstehen lassen hat. Wiederum muss die Depression beleuchtet werden, um festzustellen, welche Einflüsse zur Entstehung einer psychischen Erkrankung beigetragen haben. Wie wir merken, ist dies eine lange Kette von Einflüssen, die auf einen Menschen einbrechen und in einer wechselseitigen Beziehung stehen können. Die ausschlaggebenden Gründe und Ursachen für eine Abhängigkeitserkrankung können verschieden sein. Sexueller Missbrauch in der Kindheit, Vernachlässigung der eigenen Person oder beeinflussende Elternvorbilder können Beweggründe für die übermäßige Einnahme vielfältiger Substanzen sein. Zusätzlich treten verstärkt psychische, physische und strukturelle Gewalteinflüsse innerhalb der Familie auf. Dies kann sich in der frühen Kindheit, in der Jugend oder sogar verhäuft im Erwachsenenalter vollziehen. Der größte Anteil der Jugendlichen und erwachsenen Menschen im Suchtbereich sehen den Grund im inner- und außerfamiliären Kontext. Wie in der Literatur beschrieben und in der Praxis bestätigt: negativ wirkende Gruppenprozesse, ein erfolgloser schulischer oder beruflicher Werdegang, die Scheidung der Eltern oder zwischenmenschliche Differenzen innerhalb der Familie können Einfluss auf einen unkontrollierbaren Konsum von schädlichen Substanzen haben. Die betroffenen Klienten versuchen ihre Problematiken und

¹⁹ vgl. Bauer u.a. 1980 in Hardtmann 1991, S. 104

Gefühlsschwankungen durch Alkohol, Drogen oder Medikamente zu verdrängen bzw. zu unterdrücken. Dabei entfliehen sie für eine kurze Zeit in eine andere Welt, vergessen die aktuelle Lebenslage und merken nicht, dass der für angenehm empfundene Zustand, den Körper nach und nach an die Substanz gewöhnt und eine Abhängigkeit hervorruft. Andere Jugendliche und Erwachsene gaben an, dass sie mit Alkohol aufwuchsen, da ihre Eltern schon ein regelmäßiges Trinkverhalten an den Tag legten. Weitere abhängige Menschen hatten wiederum streitige Auseinandersetzungen, Stress und Druck im Arbeits- und Berufsleben. Das Gegenteil wiederum war die Arbeitslosigkeit, welche die Menschen dazu veranlasste, Alkohol oder Drogen zu konsumieren. Schulden, Suizid des eigenen Kindes, Kündigung durch den Arbeitgeber, arbeitsbedingter Wohnungswechsel, Wohnungsverlust, Obdachlosigkeit, Fehlgeburt/Totgeburt, Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes können zu Überforderungen führen und den Weg in die Abhängigkeit verursachen oder beschleunigen.

Im Suchtbereich konnte ich ein Fazit für mich ziehen, welches umfasst, dass der größte Anteil der Männer von ihrer Partnerin bzw. Ehefrau verlassen worden sind oder unter gegenwärtigen Beziehungsproblemen leiden. Andere Patienten müssen mit dem Tod eines Familienmitgliedes oder Freundes umgehen. In solch einer Akutsituation greifen viele Menschen zu Mitteln, die den Körper hemmen, die Schmerzen und Gedanken unterdrücken und für wenige Augenblicke die Realität vergessen lassen. Die Empfindungen treten häufig in unterschiedlichen Intensitäten auf und somit auch der Konsum von hemmungslösenden und gefühlsverändernden Stoffen.

In meinem Praktikum habe ich einen Klienten mit einer Medikamentenabhängigkeit kennen gelernt. Er ist durch eine körperliche Erkrankung und der damit verbundenen Medikamenteneinnahme abhängig geworden. Nach einer gewissen Zeit hätte das Medikament durch den zuständigen Facharzt abgesetzt werden müssen. Doch dies wurde von Seiten des Arztes versäumt und somit nahm der Patient die Tabletten weiterhin ein.

Genetisch bedingte Anlagen und organische Schäden können eine Alkohol- oder Drogensucht hervorrufen. Es gibt mehrere Studien, Untersuchungen und Literaturangaben, die versuchen, eindeutige Ergebnisse darzulegen. Jedoch kann man von nichts Manifestem ausgehen und somit beweisen. Jeder betroffene Mensch und auch wir selbst gehen mit Lebenssituationen verschieden um. Das Bewältigen des

Problems geschieht individuell. Dennoch gibt es im Leben Punkte, die wir nicht positiv verarbeiten und den nachfolgenden Weg kann uns keiner vorhersagen. Die Deutung liegt darin, dass eine Abhängigkeit jeden Menschen unbewusst treffen kann. Nur die Annahme von Hilfestellungen können die Menschen bewusst ins Leben zurückführen. Bezüglich der eben benannten Hilfestellungen gibt es qualifizierte Behandlungen, welche im folgenden Punkt beschrieben werden.

4 Struktur der Suchttherapie

4.1 Behandlungsformen

Die Art und Form der Therapie werden im multiprofessionellen Team, gemeinsam mit dem Klienten individuell und je nach seinen Bedürfnissen und seiner Lebenswelt entschieden und umgesetzt.

Ich möchte nun kurz einen Überblick der möglichen Behandlungsformen für abhängigkeiterkrankte Menschen aufzeigen und deren Inhalt komprimiert erläutern. Die stationäre Behandlung sieht eine Aufnahme in den Suchtbereich der Psychiatrie vor. Jedoch bei selbst- und fremdgefährdenden Fällen oder instabilen Menschen kann zunächst der Besuch der Akutstation (Allgemeinpsychiatrie) nicht umgangen werden. Dies kann durch eine sofortige vorläufige Unterbringung durch die Polizei (§18 SächsPsychKG) und einem gerichtlichen Unterbringungsbeschluss erfolgen. Zusätzlich kann die Klinik mit Zustimmung der Angehörigen durch das zuständige Amtsgericht einen Betreuer für den jeweiligen Klienten bestellen (Betreuungsgesetz).²⁰ Ansonsten ist die Aufnahme und Behandlung i.d.R. freiwillig und dem Klienten eigenständig überlassen. Der Inhalt der Therapie erschließt sich in Kurzinterventionen, der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung mit oder ohne Medikamenten, der Netzwerkarbeit, den sozialarbeiterischen und therapeutischen Maßnahmen.

Die teilstationäre Versorgung setzt sich aus Tageskliniken-/zentren zusammen. Der Besuch ist freiwillig und die Therapieform beinhaltet größtenteils Gruppenarbeit, -prozesse und -gespräche. Die Dauer wird durch den zuständigen Facharzt (Psychiater) festgelegt und kann sich über mehrere Monate erstrecken.

Die ambulante Psychiatrische Institutsambulanz dient abhängigkeits- und

²⁰ vgl. Hardtmann 1991, S. 126

psychischerkrankten Menschen im Rahmen der Nachsorge. Darunter versteht man ein multiprofessionelles Behandlungsangebot psychiatrischer Fachkrankenhäuser und Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser. Das Ziel der Ambulanz ist die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Aufenthalte der Patienten.²¹

Die Sozialpsychiatrischen Dienste, kurz SpDi genannt, umfassen Hilfen wie Beratung, Gesundheitsförderung, Prävention, Hilfestellungen in Krisensituationen, Netzwerkarbeit und Nachsorge i.S. nach § 5 und § 6 des SächsPsychKG.²²

Selbsthilfegruppen sind für Abhängigkeitserkrankte sehr förderlich und ein Wegweiser dafür, sein Schicksal selbst in die Hand zu nehmen, Erfahrungen auszutauschen und sich mit seiner Abhängigkeit nicht ausgegrenzt zu fühlen. Diese Inhalte zählen auch für Angehörigengruppen, welche zusätzliche Unterstützung und Beratungsangebote erhalten. Zudem gibt es Gruppen- und Familientherapien, die sich in kontinuierlichen Abständen zu einem Treffen verabreden und professionell betreut und begleitet werden. Zusätzlich gibt es Kontakt- und Beratungsstellen wie psychosoziale Kontaktstellen und Suchtberatungsstellen in jedem Landkreis. Krisendienste und Psychiatrische Notdienste sind besonders in Akutsituationen notwendig und werden auch positiv genutzt.

Rehabilitationskliniken für Abhängigkeitserkrankte, stationäre und ambulante Langzeittherapien sowie Wohngruppen, betreutes Einzelwohnen und Übergangseinrichtungen werden gemeinsam mit dem Suchtkranken und dem Sozialdienst in der stationären Psychiatrie besprochen und vermittelt. Dabei gibt es rechtliche Regelungen hinsichtlich der Antragsstellung, Zielgruppenvereinbarungen und Art der Erkrankung.

Hausärzte, Psychiater, Neurologen, Psychotherapeuten, Psychologen, ergotherapeutische Praxen und Physiotherapie übernehmen in dem Hilfesystem eine große Rolle bzw. Verantwortung und können auf Wunsch des Erkrankten in einer engen Zusammenarbeit mit anderen Netzwerken stehen.

Über Arbeits- und Gesundheitsämter gibt es zahlreiche Informationen und Auskünfte über Angebote, Adressen und Hilfestellungen. Diese üben eine regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit aus, um betroffene Klienten anzusprechen.²³

21 vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Psychiatrische_Institutsambulanz, verfügbar am 04.12.2011
vgl. <http://www.bethanien-hochweitzschen.de/wir-ueber-uns/fachbereiche/psychiatrische-institutsambulanzen.html>, verfügbar am 04.12.2011

22 vgl. <http://www.revosax.sachsen.de/Details.do?sid=8214414226650>, verfügbar 05.12.2011

23 vgl. Bosshard, Ebert, Lazarus 2007, S. 134 ff.

4.2 Behandlungsketten mit eventuellen Übergangsproblemen

Der Weg von der stationären Psychiatrie in andere Behandlungsformen kann sehr unterschiedlich verlaufen. Menschen, welche nach durchschnittlich 3-4 Wochen den Suchtbereich verlassen, gehen nach Hause in die alte Umgebung. Einige Betroffene haben Angst vor dem Alleinsein und somit greifen sie zur Flasche oder zu Restbeständen von anderen Substanzen. Die Angst, Unsicherheit und fehlende Selbstbeherrschung können einen Rückfall vorprogrammieren. Die alte Umgebung verbunden mit den Menschen, Freunden, Plätzen und Alltagsaktivitäten scheint bei den meisten ein Gewohnheitsfaktor zu sein. Vor allem, wenn sich im Freundeskreis ebenfalls Betroffene aufhalten, kann dies als eine große Rückfallsituation gelten. Zusätzlich können familiäre Probleme als sehr belastender Faktor gesehen werden und die Menschen in der Entwöhnungs- und Durchhaltephase psychisch zusammenbrechen lassen, emotional beschweren und physisch kraftlos machen. Der Gedanke an die realitätsfremdwirkenden Mittel scheint bei vielen ein Ausweg zu sein und somit auch die Entfernung der Problematiken. Ein weiterer Punkt kann die fehlende Alltagstruktur im "alten" Leben sein. Perspektivlosigkeit, fehlender Arbeitsplatz, Interessenlosigkeit und keine Freizeitaktivitäten erschweren die Durchhaltung der Abstinenzphase. Wiederum kann auch der Eintritt in den Berufsalltag wieder rasant Stress, Druck und somit Belastungssituationen auslösen. Auch negativ einwirkende Lebensereignisse wie Arbeitslosigkeit, Krankheit oder Tod eines Familienmitgliedes veranlassen Menschen, in die Sucht zurückzukehren. Eventuell unsichere oder fehlende Bewältigungsstrategien können dazu beitragen.

Der Klient und der Sozialdienst können eine gemeinsame Beantragung für eine Langzeittherapie oder Rehabilitationsmaßnahme durchführen. Schwierigkeiten können auftreten, wenn die Bearbeitung seitens des Rentenversicherungsträgers zu lang dauert, der Antrag nicht bewilligt wird oder seitens des Klienten bestimmte Fristen nicht eingehalten werden. Dies kann den Willen und die benötigte Motivation, sein Leben und Verhalten zu ändern, verringern bzw. den Menschen zurückwerfen. Ebenso, wenn die Wahl der Einrichtung für eine Langzeittherapie nicht bewilligt, sondern ein anderer Standort vorgesehen wird. Das kann den Betroffenen in seiner Entscheidungsfähigkeit die Therapie anzutreten, einschränken oder entmutigen.

Praktische Erfahrungen dazu erlebte ich in der Psychiatrie. Die Klienten hatten eine „Egal“- Einstellung und wiesen eine starke Demotivation zur erforderlichen Behandlungsform auf. Grund dafür waren Pflichtenweisungen seitens des Amtes bzw. der zuständigen Behörde oder auch Drohungen der Polizei. Für den Klienten ist die Behandlung in diesem Fall ein Muss und erzeugt keinen Erfolgs- bzw. Lerneffekt. Unqualifizierte Berater und Sozialpädagogen in Suchtberatungsstellen oder Sozialpsychiatrischen Diensten waren ebenfalls ein Grund für den Abbruch der organisierten weiterführenden Hilfeform. Durch Ablehnung oder abweichende Vorstellungen von Hilfe zwischen Sozialarbeiter und Klienten während der Nachsorgemöglichkeiten besteht die Gefahr, rückfällig zu werden und somit kann die erneute Wiederaufnahme in die stationäre Psychiatrie erfolgen. Zwischenmenschliche Beziehungen, der erste Eindruck, personenbezogene Hilfen, Empathie und Sympathie spielen bei einer Zusammenarbeit von Sozialdienst und Adressaten im Kontext mit Unterstützung und Intervention von kritischen Lebensereignissen, eine erhebliche Rolle. Klienten sollen angehört und einbezogen werden. Die Hilfe zur Selbsthilfe steht an oberster Stelle und die Lebenswelt muss detailliert betrachtet, berücksichtigt und die erforderliche Hilfeform auf den Klienten individuell abgestimmt werden.

Eine erneute Therapie in Form der stationären Psychiatrie im Suchtbereich kann auch nach mehreren Jahren hervorgerufen durch belastende Ereignisse im Leben erfolgen. Keiner wird, kann, muss und soll eine Garantie für eine ewige Abstinenz erteilen. Die Wichtigkeit bzw. Notwendigkeit liegt in der Hilfeform, Netzwerkgestaltung, Beratung und aktiven kontinuierlichen Erreichbarkeit seitens der Sozialarbeiter und Klienten.

5 Stellenwert der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Die Soziale Arbeit wird zu den „neuen Berufsgruppen“ in der Psychiatrie gezählt. Erst seit Mitte der 70er Jahre wird die Qualität der Sozialarbeit bezüglich der psychiatrischen Behandlungen positiv geschätzt und einbezogen. Die Psychiatrie und Soziale Arbeit sind eng miteinander gekoppelt und somit sehr hilfreich für den Klienten und dessen Angehörige. Die Hilfe zur Selbsthilfe oder die Wiederherstellung der Autonomie der Lebenspraxis sind mögliche Leitlinien der Arbeit von Sozialarbeiter/Sozialpädagogen in der stationären Psychiatrie. In Literatur und Lehrbüchern nimmt der Stellenwert an

sozialarbeiterischen Aufgaben in psychiatrischen Einrichtungen zu. Vor ein paar Jahren war darin nur wenig lehrreiches Material zu finden. Der Eindruck wurde somit bei vielen Menschen und auch Professionellen erweckt, dass psychiatrischen Handeln eine reine Arztangelegenheit sei.²⁴ Die Soziale Arbeit wird in die medizinischen und therapeutischen Entscheidungen und Vorgehensweisen für ein klientenorientiertes Arbeiten heutzutage stärker mit einbezogen. Abgestimmt auf den Klienten und dessen Bedürfnisse, das Lebensumfeld und die Lebenswelt werden sozialarbeiterische Hilfen professionell betrachtet und eingesetzt. Die Sozialarbeiter werden verstärkt im multiprofessionellen Team wahrgenommen und in ihrem Vorhaben gemeinsam mit dem Abhängigkeitserkrankten angehört. Der Perspektivenwechsel zwischen den unterschiedlichsten Professionen trägt zu einem sozialem Verhalten, der sozialen Teilhabe und Integration gegenüber dem Klienten bei, um Benachteiligung und Ausgrenzung in dessen Lebenswelt zu verhindern. Nicht nur medikamentöse Therapien sondern auch nichtmedizinische Behandlungen werden mehr in den Vordergrund treten, um den Patienten eine hilfreiche autonome Unterstützung zu bieten.²⁵

Die Sozialarbeiter sind im stationären Klinikbereich meist einem klar eingegrenzten Bereich zugestellt, dem sogenannten Sozialdienst. Er ist meist vom Schichtdienst befreit und wird seltener, im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen wie Ärzte, juristisch belangt. Allerdings sind sie theoretisch und praktisch dem umgangssprachlich verwendeten „Weißkittel“ unterstellt. Diese Dominanz, besonders rechtlich und sozialpolitisch begründet, ist nach den Bestimmungen des Sozialrechts zu erklären. Denn die Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Erkrankungen erfolgen durch die Verordnung und Durchführung der Ärzte. Die Frage der Aufnahme, Therapieinhalt und Entlassung wird allein dem "höheren" medizinischen Berufsfeld zugewiesen. Hierbei werden allerdings mögliche Umstrukturierungen in der Aufgabenverteilung überdacht und zusätzlich persönliche Meinungs- und Entscheidungsfreiheiten der Ärzte an die Sozialarbeiter herangetragen. Wer sich gegen die Orientierung der Berufsgruppen, dessen Aufgaben- und Verantwortungsbereich auflehnen möchte, muss sich sozialpolitisch mit deren Verordnungen auseinandersetzen.²⁶

Uwe Blanke untersuchte die Rahmenbedingungen von Sozialarbeit in der Psychiatrie.

24 vgl. Blanke (1996), S. 7 ff.

25 vgl. Bosshard, Ebert, Lazarus 2007, S. 120 ff.

26 vgl. Clausen, Dresler, Eichenbrenner 1997, S. 108 ff.

Dabei wurden Alltagssituationen von Klienten zum Anlass genommen, Teamarbeit, das Verhältnis zwischen Sozialer Arbeit und Medizin zu beleuchten und wiederzugeben. Endprodukt dieses Ereignisses waren Überlegungen zu der Funktion und Zukunft von Sozialer Arbeit in Psychiatrien. In der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vom 18. Dezember 1990 wurde ein bedeutender Schritt getan, indem der Tätigkeitsbereich von Sozialarbeiter im klinischen Arbeitsfeld in verbindliche Standards gebracht und integriert wurde. Dies dient der Erweiterung der Behandlungsstruktur für die Patienten und stellt eindeutige Rahmenbedingungen für die Sozialarbeiter dar.²⁷

6 Lebensweltorientierte Soziale Arbeit

6.1 Begriff der Lebenswelt und Lebensweltorientierung

„Lebenswelt ist die Welt in der wir leben“.²⁸

Die Ausdrücke „Lebenswelt“, „Lebensweltorientierung“ bzw. „Alltagsorientierung“ nehmen in der momentanen Auseinandersetzung innerhalb der Sozialarbeitswissenschaft eine hervorstechende Position ein. Sie nahmen in den Jugendhilfekonzerten der 80er Jahren an Bedeutung zu und wurden zum Leitbild einer Neuorientierung der Sozialen Arbeit, welche sich gegen die Zunahme der Institutionalisierung, Spezialisierung und Standardisierung deren Hilfeangebote wandte.²⁹ Systematische Überlegungen von Thiersch lauten wie folgt: „Die alltägliche Lebenswelt des Ratsuchenden ist jener Wirklichkeitsbereich, den Klienten unmittelbar erleben, sei es in fortlaufenden Prozessen unmittelbarer Kommunikation oder/und sozialer Rahmenbedingungen, die diese Kommunikation steuert oder prägen.“³⁰

Das Konzept der lebensweltorientierten Sozialarbeit strebt danach, die Menschen in ihren Lebenslagen, Ressourcen, aberkannten Partizipationsmöglichkeiten und den Schwierigkeiten des Alltags zu sehen. Die Orientierung sucht den Menschen im Element der erlebten und erfahrenen Deutungs- und Handlungsmuster auf. Die Unterstützung und Arbeit an Alternativen führt zu einer Verbesserung seiner

27 vgl. Blanke 1996, S. 10

<http://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNR029300990.html>, verfügbar am 04.12.2011

28 Wahl in <http://www.webnetwork-nordwest.de/dokumente/lebenswelt.pdf>, S. 2, verfügbar am 12.12.2011

29 vgl. Wahl in <http://www.webnetwork-nordwest.de/dokumente/lebenswelt.pdf>, S. 5, verfügbar am 12.12.2011

30 Jungblut 2004, S. 309

Verhältnisse und zur Entwicklung von tragfähigen Kompetenzen. Das sozialarbeiterische Handeln vollzieht sich im Kontext von Lebensweltorientierung und der Komplexität nicht übereinstimmender und offener Lebenssituationen der Adressaten.³¹

6.2 Theoretischer Hintergrund mit 4 wissenschaftlichen Konzepten

Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit steht im Zusammenhang mit ihren theoretischen Annahmen und Konzepten. Sie bezieht sich auf Fragen des Alltagslebens und möchte darauf bezogene Hilfen durchführen. Das Konzept beruft sich auf 4 verschiedene wissenschaftliche Absichten, die in einer für die Soziale Arbeit spezifische Weise miteinander in Verbindung stehen.

Zum Ersten ist die *hermeneutisch-pragmatische Traditionslinie in der Erziehungswissenschaft* verankert. Hier besteht die Frage nach dem Alltag und der jeweiligen individuell interpretierten Welt der Klienten. Die hermeneutisch-pragmatische Pädagogik basiert auf der alltäglichen Praxis des Verstehens und dem darauf bezogenen Handeln. Die Perspektive des Alltags und die dazugehörigen Handlungen im Alltag werden nicht abgewertet. In dieser Theorie werden die historischen, kulturellen und sozialen Dimensionen in den Mittelpunkt gestellt.

Das zweite Konzept nennt sich *phänomenologisch-interaktionistisches Konzept*. Hierbei werden die Lebenswirklichkeit und Handlungsmuster unter dem Blickpunkt der Alltäglichkeit vergegenwärtigt. Die alltägliche Lebenswelt strukturiert sich durch erlebte Zeit, erlebten Raum und erlebte soziale Bezüge des Individuums. In ihr wird sachbezogen Erforderliches von Nicht-Erforderlichem unterschieden. Die Rekonstruktion der Alltagswelt sieht Menschen in ihren Verhältnissen, von denen sie geprägt werden, welche sie aber auch aktiv mitbestimmen und -gestalten.

Die Lebensweltorientierung ist – zum Dritten – durch die *kritische Variante der Alltagstheorie* gekennzeichnet. Sie beinhaltet vordergründig die Vielschichtigkeit von Gegebenem und Aufgetragenem, von Wirklichkeit und Möglichkeit. Der eben genannte Umfang wird im Alltag dialektisch betrachtet. Charakteristisch für die Lebenswelt sind die Ermöglichung von entlastenden Funktionen wie Routine, Sicherheit und

31 vgl. Grunwald, Thiersch 2004, S. 5

Produktivität im Handeln. Dadurch können aber auch andererseits Eigenschaften wie Enge, Unbeweglichkeit, Engstirnigkeit und Unbelehrbarkeit erzeugt werden und Menschen in ihren Grundbedürfnissen und Möglichkeiten einschränken bzw. behindern. Dabei soll möglichst ein Kampf um bessere Lebensumstände, begleitet von Ansprüchen, Trauer, Wut und Resignation sowie von Hoffnungen und Träumen, entstehen. Der Alltag wird von den Adressaten als ambivalent empfunden. Die Soziale Arbeit stellt sich die Aufgabe, Ressourcen im Alltag zu sehen, Engstirnigkeiten aufzuzeigen, Unterstützungen und Möglichkeiten der Produktivität des Alltags zu bieten bzw. hervorzubringen.

Das Vierte und zugleich letzte wissenschaftliche Konzept bezieht sich auf *Analysen gesellschaftlicher Strukturen*. Die erlebte Realität ist bestimmt durch gesellschaftliche Beschaffenheiten und Ressourcen. Somit dient die Lebenswelt als ein Ort der Erfahrung und der Bewältigung von Lebenssituationen. Sie ist die Schnittstelle von Sachlichem und Einseitigem, von Strukturen und Handlungsschemata. Es ist die Analyse von alten und neuen Ungleichheiten innerhalb der individuellen Lebenswelt. Weiterhin drückt sich das Konzept in kollektiv-sozialen Ressourcen von Lebenswelt sowie Analysen zur gemeinschaftlichen und sozialen Bestimmung von Lebensmustern aus. Dabei stehen wieder Erfahrungen und Strukturen im engen Kontext. Das Zusammenspiel der 4 Zugänge des Konzeptes der Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit kann als theoretische Abfassung verstanden werden. Allerdings zeigt sich in der Praxis ein anderes Verständnis dieser Konzeptvorlagen. Hierbei besteht ein großer Bedarf an Umsetzungsverständnis der institutionellen Bedingungen und Bestimmungen.³²

6.3 Lebensweltorientierte Soziale Arbeit nach Thiersch

6.3.1 Bereiche der Lebenswelt

Hans Thiersch entwickelte das Konzept der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit. Er unterteilt die Lebenswelt in zwei verschiedene Bereiche. Zum einen wird die Lebenswelt als eine Selbstverständlichkeit gesehen. Er meint damit, dass sie eine Wirklichkeit ist, in der wir uns befinden, uns heimisch fühlen, darin orientiert sind und auch gefordert werden. Der Mensch versucht sich innerhalb seiner Welt

³² vgl. Grunwald, Thiersch 2004, S. 17 ff.

zurechtzufinden, indem er sein Verhalten durch Normierung, Routine und eigen erstellte Prinzipien auslebt. Zum anderen soll die Lebenswelt als eine Aufgabe betrachtet werden. Er meint damit die Realität, welche derzeitig sichtlich beschwerlich, nicht leicht und herausfordernd, auch ansatzweise überfordernd ist. Die Lebenswelt ist durch den Individualismus der Lebensführung einzelner Menschen und die Pluralität der Welten gekennzeichnet. Angeeignete Lebensformen, wie Wohnen, Wissenserwerb, in Gemeinschaft leben, vorhandenes oder nichtvorhandenes Berufsleben können zusätzlich neue Möglichkeiten für Menschen sein. Solch eine Lebenslage kann für den Klienten eine Forderung, eventuell auch Überforderung sein. Um diese Situation innerhalb der Lebenswelt anschaulich, erfass- und gestaltbar zu machen, benötigen sie professionelle Unterstützung und Beratung durch Sozialarbeiter.³³

6.3.2 Merkmale der Lebenswelt

Die lebensweltorientierte Sozialarbeit wird nach Hans Thiersch in fünf Merkmale gegliedert. Das erste Merkmal beinhaltet die Soziale Arbeit in Hinblick auf das Agieren mit Achtung vor Verständnis- und Handlungsschemata der Klienten in ihrer Lebenswelt. Eine Verbindung zum räumlichen, zeitlichen und sozialen Raum wird hergestellt, ebenso zu einem materiellen oder immateriellen Gut und sozialen Netzen der Lebenswelt.

Zum Zweiten handelt bzw. bewegt sich die lebensweltorientierte Sozialarbeit in gegebenen Zusammenhängen, welche im Konflikt zwischen entlastender Selbstverständlichkeit und Einschränkung bzw. Verdrängung stehen. Eine anspruchsvolle Frage stellt sich somit für den Sozialarbeiter, inwieweit sich der Betroffene in den vorhandenen Verhältnissen verwirklichen kann. Dies zieht auf eine Veränderung und Verbesserung des Denkens bzw. Handelns, von beiden Seiten nach sich.

Das dritte Merkmal erstreckt sich darin, dass der Klient auch gleichzeitig der Akteur seines eigenen Lebens ist. Die Sozialarbeiter können Prozesse nur über Lösungsvorschläge in Gang bringen, welche auf die Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet sind.

³³ vgl. Thiersch 1993/94 in Schilling 2005, S. 190

Zum Vierten ist die Soziale Arbeit ein Gleichgewichtsakt zwischen Respekt vor dem Klienten und der Neugestaltung seiner Lebenswelt, ebenso zwischen Respekt, Einschätzung und Kritik von beiden Seiten.³⁴

6.3.3 Fünf Handlungsrichtlinien der Lebensweltorientierung

Hans Thiersch umschreibt ein allgemeines Konzept der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit mit 5 Handlungsmaximen.

Die *Prävention* ist eine Vorkehrung, die begleitend und unterstützend erfolgt. Sie wird größtenteils ambulant durchgeführt. Laut Thiersch sollen Präventionsmaßnahmen ambulant ausgebaut und stationär abgebaut werden. Somit handelt es sich um eine Umgestaltung dieses Bereiches in der Sozialen Arbeit.³⁵ Darüber hinaus unterteilt Thiersch die Prävention in die allgemeine und spezielle Prävention. Die allgemeine Vorbeugung zielt auf eine Kräftigung vorhandener hilfreicher Strukturen ab. Dabei werden verschiedene Kompetenzen des Klienten angeregt und sollen zur Lebensbewältigung beitragen. Die spezielle Prävention versucht, nicht erst einzugreifen, wenn Problematiken sich vertiefen und verhärten, sondern möglichst frühzeitig dann zu handeln, wenn sich vorausschauend akute Situationen und/oder Überforderungen entwickeln. Beide Formen sollen wenn möglich miteinander kooperieren und ineinandergreifen.³⁶ *Alltagsnähe* bezeichnet das Zugesein von Hilfeangeboten in der Lebenswelt der Betroffenen. Die Hilfeangebote sollten für jede Lebenslage passend, für den Klienten erreichbar, frei zugänglich und bei Bedarf ineinander übergreifend sein. Die Maßnahmen müssen an den Alltag der Klienten angepasst sein. Somit fallen institutionelle, organisatorische und zeitliche Zugangshindernisse weg.³⁷ Unter *Dezentralisierung/Regionalisierung und Vernetzung* versteht man die Verortung regionaler und lokaler Hilfsangebote in Verbindung mit der mühelosen Erreichbarkeit für die Adressaten.³⁸ „Die *Integration* umfasst eine Nichtausgrenzung, also auf die Gleichheit in den Grundansprüchen und Anerkennung im Recht auf Verschiedenheit.“³⁹

34 vgl. Thiersch 1993 in Schilling 2005, S. 191 f.

35 vgl. Schilling 2005, S. 191

36 vgl. Grunwald, Thiersch 2004, S. 26

37 vgl. Schilling 2005, S. 192

38 vgl. Schilling 2005, S. 192

vgl. Grunwald, Thiersch 2004, S. 26

39 Grunwald, Thiersch 2004, S. 26

Dadurch werden die sozialarbeiterischen Leistungsangebote für erkrankte Menschen erweitert und richten sich direkt an die hinderlichen Lebensangelegenheiten.⁴⁰ Die Merkmale der *Partizipation* sind Freiwilligkeit, Beteiligung, Mitbestimmung und Selbsthilfe. Der Sozialarbeiter schafft gemeinsam mit dem Klienten Voraussetzungen, um Hilfeprozesse zu planen, organisieren und in die Tat umzusetzen.⁴¹ Folglich hat die lebensweltorientierte Sozialarbeit die Aufgabe, sich an Maßnahmen, Abläufen und Vorgängen den Adressaten betreffend, aktiv zu beteiligen. Thiersch verwendet das Wort „einmischen“. Damit werden die Ansprüche und Bedürfnisse vertreten, als notwendig angesehen und Barrieren gesprengt. Professionelle Arbeit ist nur dann gewährleistet, wenn sich der Sozialarbeiter regelmäßig reflektiert und die Fähigkeiten von Selbstkritik, Empathie und Kongruenz aufweist.⁴²

6.4 Lebensweltorientierung in der Psychiatrie

Die Lebensweltorientierung in der stationären Psychiatrie fragt nach dem Menschen in seiner Lebenssituation. Das Konzept der Lebenswelt wird als eine Beantwortung auf die Verunsicherungen in der Neuzeit gesehen. Mit dieser Entwicklung sind befähigte Hilfesysteme entstanden, wie auch eine neue Begriffserklärung von Selbsthilfe, welche sich als gesellschaftliches Engagement oder Eigeninitiative ausgestaltet hat. Die Eingliederung und Mitwirkung bzw. Teilhabe von Menschen, die von psychischen Erkrankungen oder Abhängigkeiten befallen oder angreifbar sind, stehen mit dem geforderten Eingreifen und Vernetzung in Verbindung. Somit tritt das Konzept der Lebensweltorientierung im engen Kontext zur Leitmethode Empowerment. Das bedeutet, die Einsicht zu haben, dass psychosoziale Lebenslagen und Krisensituationen mit Einverständnis derer zu bewältigen sind, denen auch geholfen werden soll. Eine kommunikationsorientierte Einstellung der Sozialarbeiter gegenüber ihren Klienten führt zu einer aufgelösten Rangordnung zwischen Betroffenen und Professionellen. Zusätzlich darf nicht die Möglichkeit vergeudet werden, eine eigenständig fachlich-distanzierte Stellung neben dem erkrankten Menschen aufzuweisen, welche trotzdem nicht über dem Nutzer steht. Die lebensweltlich orientierte Sozialarbeit ist interessiert

40 vgl. Schilling 2005, S. 192

41 vgl. Schilling 2005, S. 192

vgl. Grunwald, Thiersch 2004, S. 26

42 vgl. Schilling 2005, S. 193

an dem Menschen in seiner Lebenssituation und den dazugehörigen Problematiken, welche ihn umgeben. Die Frage steht hierbei, wie die zukünftige Bewältigungsstrategie und damit verbundene Organisation in seiner Umwelt aussieht und umgesetzt werden soll bzw. kann. Wie nutzt er seine Lebenszeit? Was ist für ihn relevant und irrelevant? Wie erfährt er seine soziale Umgebung? In welchen Umständen kann er auf welches Milieu zurückgreifen und besitzt er strukturierte hilfreiche Netzwerke?

Das sozialarbeiterische Handeln orientiert sich an der Lebenswelt des Klienten hinsichtlich des Sozialraumes desjenigen und der damit verbundenen Kooperationsbereitschaft zwischen Institution und Partizipation der Gesellschaft.⁴³ Lebensweltorientierung bedeutet zugleich auch Konfliktorientierung und bezieht sich notwendigerweise auf den Ursprung bzw. Hintergrund der sozialen Lebenssituationen. Auch soziokulturelle und geschlechtsspezifische Trennungen müssen registriert und reflektiert werden. Die Geschlechterrollen werden mit dem Blick auf die Verschränkung mit anderen Punkten der sozialen Situation untersucht. Laut Dörr sind Frauen und Männer sehr unterschiedlich, soeben wie ihre soziale Herkunft, ethnische Orientierung oder der Bildungsstand.⁴⁴

Wie oben genannt ist die Lebensweltorientierung nicht nur eine Konfliktorientierung, sondern auch eine Ressourcenorientierung, die der Professionelle und der Betroffene erkennen und daran ansetzen müssen. Folglich ist der Erkrankte zugleich Handelnder seiner Selbst und der Sozialarbeiter dient in diesem Kontext als Unterstützungs- bzw. Hilfemöglichkeit.⁴⁵

6.5 Alltags- und lebensweltorientiertes Handeln, Ziele und Leitlinien

Die Ausgangsbasis beinhaltet, dass jeder Mensch einen Alltag besitzt. Ein Leben ohne Alltag ist nicht vorstellbar bzw. möglich. Jedes Individuum bewegt sich, hält sich auf, handelt, kommuniziert, denkt und fühlt in seiner "selbst organisierten" Lebenswelt. Der Alltag erzeugt eine Vielzahl von Aufgaben, Pflichten, Normen etc., welche gemeistert werden müssen. Notlagen müssen be- und verarbeitet, Problematiken und Konflikte geklärt und Aufgaben gelöst werden.⁴⁶ Dabei ist die Sozialarbeit/Sozialpädagogik im

43 vgl. Thiersch 2002 in Dörr 2005, S. 85 f.

44 vgl. Dörr 2002a in Dörr 2005, S. 86

45 vgl. Dörr 2005, S. 85 f.

46 vgl. Obert 2001, S. 123

Kontext mit anderen Professionen eine große Hilfe. Die Praxis erkennt und nimmt die Existenz von psychischen Erkrankungen an. Sie erfordern dann Unterstützungsmöglichkeiten, wenn die Betroffenen mit sich selbst und/oder mit ihrer Umgebung Schwierigkeiten und Konflikte haben. Der Einzelne steht im Mittelpunkt des Handelns seitens der Sozialarbeiter. Dies bedeutet, dass die Würde und das Umfeld der Adressaten mit Respekt und Achtung betrachtet werden sollen. Weiterhin muss die Umgebung einbezogen werden, Ressourcen entdeckt, aufrechterhalten und gefördert werden. Die Zusammenarbeit und der Aufbau mit anderen Institutionen muss gegeben sein. Weitgehend soll bei den Klienten die Selbständigkeit, Autonomie, das eigenverantwortliche Handeln anhand von sozialarbeiterischen Hilfestellungen entwickelt und gestärkt werden. Dies setzt die Einsicht der Problematik bei den Betroffenen voraus und man beginnt gemeinsame Lösungswege zu finden. Jedoch muss eine Selbst- und Fremdgefährdung seitens des abhängigen Menschen ausgeschlossen werden. Die Wirklichkeit, wie sie die erkrankten Menschen wahrnehmen, darf nicht interpretiert und angezweifelt werden. Eine Transparenz herzustellen, ist jedoch erlaubt und vollzieht sich im Einbringen der persönlichen Meinung und Haltung sowie durch das Aufzeigen und Zulassen von Gefühlen durch den Professionellen.

Die drei Grundhaltungen nach Rogers gewinnen hierbei an großer Bedeutung. Zusätzlich sollte der Sozialarbeiter Grenzen setzen und auch versuchen im gewissen Handlungsmaß diese durchzusetzen. Die Professionellen müssen vorerst die materielle Existenz der Klienten sichern bzw. wiederherstellen, um eine Grundbasis aufzubauen. Einen weiteren Beitrag kann die Sozialarbeit zur Gestaltung und Strukturierung von Raum, Zeit, sozialem Gefüge und finanzieller Existenz leisten. Der Raum beinhaltet das allgemeine Wohnen, die Wohnlage und der Lebensraum, indem sich der Betroffene befindet. Mit der zeitlichen Strukturierung ist Beschäftigung, die Arbeit, die Tages- und Wochengestaltung gemeint. Im sozialen Gefüge sind die Kommunikation, Interaktion, Beziehungen und das Umfeld integriert. Die finanzielle Existenz bezieht sich auf das vorhandene bzw. nichtvorhandene Kapital. Aufgrund von positiv geschaffenen Atmosphären, wohlfühlenden Räumlichkeiten und einer offenen Umgebung wird die Beziehung und somit auch die sozialdienstliche Arbeit zwischen dem Klienten und Sozialarbeiter geprägt. Die Fachkraft sollte sich mit den personbezogenen Umständen wie Symptome, Krankheitsverläufe, Biografieinhalte, familiäre Gegebenheiten intensiv

auseinandersetzen, um so den Betroffenen besser verstehen und dementsprechend Hilfe leisten zu können.⁴⁷

„Offenheit, Flexibilität, Klarheit, Eindeutigkeit und Transparenz bestimmen die Haltung und das Handeln.“⁴⁸

6.6 Die Drogenbehandlung aus lebensweltorientierter Sichtweise

Die stationäre Drogentherapie ist ein Angebot der Drogenhilfe und ist bestimmt durch die Therapiedauer, das vorliegende Setting, den Weg aus der bisherigen Lebenswelt des Adressaten, die Biografie, der Drogenverlauf und den unterschiedlichen Vorstellungen und Erwartungen an die stationäre Behandlung. Weiterhin besteht für jeden Klienten ein gewisser Grund bzw. Anlass für eine solche Therapiemaßnahme. Diese kann auf freiwilliger Basis durch richterliche Auflage oder auf Anraten eines Angehörigen von statten gehen. Zusätzlich spielt der Ort, wo der Betroffene her und wie er in die Einrichtung kommt, eine wichtige Rolle, z.B. aus dem Gefängnis, unmittelbar aus dem Freundeskreis, abstinenter, von einem klinischen Entzug oder mit vorhandenen Substanzen im Körper. Außerdem stellt sich die Frage, ob der Betroffene bereits Erlebnisse oder Erfahrungen mit der stationären Therapie gemacht oder erstmalig Kontakt mit dieser Form hat. Für den Erkrankten zählt die Dauer der Hilfe bzw. ob es eine Kurzintervention darstellt oder ein Langzeittherapieangebot angebracht ist. Dies ist abhängig von der gemeinsamen Entscheidung durch Klienten, Ärzte und Sozialarbeiter und der Bereitschaft der Versicherungsträger. Neben diesen Punkten spielen auch die individuelle Ausgangslage der Betroffenen, die jeweiligen Biografien und Motivationshintergründe eine erhebliche Rolle. Die Behandlungsform orientiert sich an den verschiedenen Aspekten jedes Einzelnen. Zum einen stellt sich die Frage, ab wann der eigene Konsum nicht mehr kontrollierbar war, zum anderen wann der Zeitpunkt für den Adressaten kam, sein Leben fundamental ändern zu wollen. Weiterhin kann der Versuch gestartet werden, das Leben in bestimmten Teilen umzugestalten oder Hilfen anzunehmen, welche alleinig auf das Abhängigkeitsproblem ausgerichtet ist. Zum anderen bietet sich für die Betroffenen die Sichtweise, eine drogenfreie Zeit in einem

47 vgl. Obert in Grunwald, Thiersch 2004, S. 313 ff.

vgl. Obert 2001, S. 134 ff.

48 Obert in Grunwald, Thiersch 2004, S. 315

gefahrenlosen bzw. geschützten Raum zu erleben. Die Erwartungen der einzelnen Erkrankten an die stationäre Therapie sind persönlich charakteristisch. Sie unterscheiden sich in dem was für den Adressaten akut ein vordergründiges Problem darstellt und dem Kontext der Lebensbewältigung und dem Drogengebrauch. Die eigene individuelle Problemerkklärung hängt davon ab, was der Einzelne in der Therapie sucht und welche Ziele er vom Hilfesetting erwartet.⁴⁹ Falls der Drogenkonsum als ein „Ausfüllen von Leere“ gesehen wird, müssen die Sozialarbeiter gemeinsam mit dem Klienten an einer Neugestaltung der Freizeit und beruflichen Situation arbeiten. Wenn die Adressaten private Konflikte haben, müssen diese in der Einrichtung angesprochen und mögliche Lösungsansätze entwickelt werden. In Einzel- oder Gruppentherapien kann das Verhalten der Betroffenen reflektiert und das soziale Zusammenleben gestärkt werden. Während der Therapie können bei den abhängigkeiterkrankten Menschen eventuell Folgeprobleme aufgrund mangelnder oder fehlender Schul- und Ausbildung, einem fehlenden Arbeitsplatz oder auch finanziellen Problemen aufbrechen. Dabei muss man sensibel und feinfühlig mit den Menschen umgehen und Unterstützungs- bzw. Hilfebedarf für die Zeit nach der Behandlung anbieten. Bei mehrjährigen Institutionalisierungs-erlebnissen, wie z.B. Haftaufenthalt oder der Mangel an sozialen Beziehungen kann die Einrichtung mit ihren Therapiemaßnahmen in der Hinsicht helfen, indem die Adressaten Anschluss unter Mitbetroffenen finden und dies zu Integrationsprozessen führen kann. Somit stellt sich der Behandlungsprozess als nicht einseitig zusammen. Die daraus folgenden Effekte sollen für die Alltagswelt und deren Kommunikation im Kontext gesehen werden. Das Setting der Institution stellt eine Art Welt des Alltags dar, welche durch besondere Elemente vorgegliedert und mit bestimmten Reaktionen beabsichtigt ist. Merkmale für das stationäre Therapieumfeld können Angebote wie Einzel-, Freizeit- und Gruppentherapie sein, in der aktuelle Problemsituationen und Rückfälle bearbeitet werden. Weiterhin gelten die offiziellen und inoffiziellen Regeln zwischen der Einrichtung und den Klienten und den Klienten untereinander. Die Behandlungsdauer sowie die einzelnen Therapiephasen sind ein Merkmal für ein stationäres Hilfesetting. Die Lebenswelt hat bestimmte Bestandteile, die sich aus der gegenwärtigen Situation des Zusammenlebens und den sozialen Bezügen zusammensetzen. Von großer Bedeutung ist auch, ob Schwierigkeiten oder

49 vgl. Reinl, Füssenhäuser, Stumpp in Grunwald, Thiersch 2004, S. 177

Probleme zwischen den Männern und Frauen innerhalb der Therapiegruppe vorherrschen. Diese müssen erkannt, angesprochen und beseitigt werden, um so gut wie möglich den weiteren Therapiezielen nachzugehen. Zusätzlich können eventuelle kapazitive Einsparungen bzw. Engpässe der therapeutischen und sozialarbeiterischen Angebote zu Einschränkungen für die Betroffenen während der Behandlung führen. Somit fühlen sie sich vernachlässigt, im Stich gelassen und sind auf sich selbst angewiesen. Dies kann eine Überforderung nach sich ziehen und der Behandlungsplan sowie Motivation und Ziele sind der Gefahr ausgesetzt, zusammen zu brechen.⁵⁰ „Wenn eine Therapie effektiv und hilfreich sein soll, muss sie eine Antwort auf die jeweils dringlichen Fragen der Lebensbewältigung liefern. Eine solche Antwort kann sich aber nur ergeben, wenn die Person und das Setting miteinander in eine fruchtbare Kommunikation treten.“⁵¹ Die Menschen sind in gewissem Maß "gezwungen", sich mit dem vorhandenen Setting und den brisanten Angelegenheiten auf eine Verständigung einzulassen. Ein erfolgreicher Behandlungsprozess kann nur dann von statten gehen, wenn die Betroffenen sich mit den Maßnahmen und Angeboten regelmäßig, wahrhaftig und bewusst auseinandersetzen bzw. diese reflektieren. Denn den Willen aufbringen, aktiv mitzuarbeiten und Dabeizusein bedeutet, eigene Erfahrungen auszutauschen und neue zu sammeln. Hierbei sind Veränderungen und Neugestaltungen von Handlungs- und Deutungsmustern sichtbar.⁵²

6.7 Gesellschaftlicher Blick auf das süchtige Verhalten

Die Autoren gehen davon aus, dass der Drogengebrauch und auch allgemein die Sucht, einen Teil der gesellschaftlichen Realität darstellen. Darum können die Drogenprobleme der betroffenen Menschen vor dem Hintergrund einer „süchtigen Gesellschaft“ verstanden werden. Die Drogensucht kann nicht als Erscheinung und Besonderheit nur am Rande der Gesellschaft gesehen werden, welche sich aus Mängeln, Verlusten und Notlagen zusammensetzt, sondern in ihrer Mitte gegenwärtig sind.⁵³ Abhängigkeiten entstehen bzw. entwickeln sich innerhalb der Lebensrealitätsstrukturen der Individuen,

50 vgl. Reinl, Füssenhäuser, Stumpp in Grunwald, Thiersch 2004, S. 178 f.

51 Reinl, Füssenhäuser, Stumpp in Grunwald, Thiersch 2004, S. 179

52 vgl. Reinl, Füssenhäuser, Stumpp in Grunwald, Thiersch 2004, S. 179

53 vgl. Reinl, Füssenhäuser, Stumpp in Grunwald, Thiersch 2004, S. 174 f.
vgl. Thiersch 1995, S. 120

welche in Normalität der Gemeinschaft eingebettet sind. Zu diesen gehören Kennzeichen der modernen Gesellschaft, die täglich zu überwinden sind und Diskrepanzen zwischen Unterschiedlichkeiten, Leistungsanforderungen in der Wettbewerbsgesellschaft, Individualisierung, verschiedenen Mitwirkungs und Eingliederungschancen hervorbringen. In der Normalität der Beschaffenheiten und Erwartungen bestehen Verknüpfungen zu dem Gebrauch und Missbrauch jeder Art von illegalen Substanzen und anderen süchtigen Handlungsweisen, wie z.B. die Kaufsucht. Die Einnahme von Drogen stellt für die Konsumenten Lebensstrategien dar, um den Alltag bewältigen und aufrechterhalten zu können. Die Stoffe dienen als Möglichkeit, um den täglichen Aufgaben des Lebens nachzukommen und sie auszuführen. Die Mittel werden missbraucht, um einer unausweichlichen Lebenssituation zu entkommen, die Gefühlsintensität zu verringern und diesen Lebenslagen bewusst kognitiv zu entfliehen. Dabei werden die Ansprüche und Erwartungen an einen Selbst und an seine Umwelt reduziert und verändert. Der Konsum von Drogen wird auch als erfolgreiche Suche nach Kommunikations-, Verständigungs- und Zugehörigkeitsmöglichkeiten verstanden, welche in einem sozialen Kontext stehen. Somit wird die Schlussfolgerung gezogen, dass der Gebrauch von Drogen als soziales Phänomen gesehen und verstanden werden muss. Jede Art und Form der Einnahme von illegalen Substanzen kann sich zum Missbrauch und folglich zur Sucht entwickeln. Anfangs dient der Konsum als eine Art Vorgehensweise bzw. Taktik, die Probleme des Alltages ertragen und verarbeiten zu können. Jedoch später kann sich ein Prozess herausbilden, indem die Taktiken den Menschen beherrschen und ihm keine anderen Strategien mehr genügen und befriedigen. Somit ist die eigene Person, die Existenz, das soziale Umfeld und andere materielle und ideelle Faktoren in Gefahr und bestehen zu zerbrechen. Die Gründe für eine Abhängigkeit sind sehr vielfältig, denn es gibt nicht *den* einen Grund für einen Suchteinstieg und eine Drogenkarriere. Es wäre folgenschwer, den Substanzmissbrauch von sich zu weisen oder abzuschwächen. Dieses Thema muss ernst genommen und gemeinsam mit dem Betroffenen bearbeitet werden.⁵⁴ „Ebenso wenig, wie es *die* typische Drogenkarriere gibt, gibt es eine solche speziell für Männer und Frauen, wenngleich bestimmte Merkmale für die Lebenswelten weiblicher Konsumierender eher typisch sind als für männliche, infolge der grundsätzlichen Herausbildungs- und

⁵⁴ vgl. Reinl, Füssenhäuser, Stumpp in Grunwald, Thiersch 2004, S. 174 ff.

Interaktionsmuster innerhalb geschlechtshierarchischer Strukturen.⁵⁵

Die Lebensgeschichten von abhängigkeiterkrankten Menschen sind individuell verschieden. Der Verlauf einer Suchtentwicklung vollzieht sich je nach einzelnen Hintergrundbedingungen vieler Zusammenhänge und gestaltet sich nicht nach vorgegebenen geraden Entwicklungsmodellen. Jedoch sind für die Abläufe ausschlaggebend, aus welchem persönlichen Anlass Drogen konsumiert werden und ob es Diskrepanzen bei dem Bewältigungsversuch des Alltags oder dem Finden von außeralltäglichen Perspektiven des Individuums gibt. Weiterhin ist von Bedeutung, wie lange sich der Drogenkonsum vollzieht, das Handlungsverhalten sich als positiv erweist und welche Ressourcen noch zur Verfügung stehen. So kann es trotzdem abhängigen Menschen gelingen, über eine lange Zeit hinweg sozial einbezogen zu bleiben, illegale Drogen zu konsumieren und dem gegebenen Alltag stand zu halten, ohne straffällig bzw. kriminell zu werden oder zu verarmen.⁵⁶ Die Theorie und Praxis zeigen sehr oft, dass die Betroffenen häufig den Versuch unternehmen, selbständig den Drogen zu entkommen, ohne auf therapeutische Hilfen zurückzugreifen und ihre Einstellungen zum Leben neu zu organisieren. Somit ergibt sich die Schlussfolgerung, dass mehrere Voraussetzungen für einen wirksamen Behandlungsverlauf und daraus entstehende Ergebnisse in Betrachtung kommen.

7 Sozialarbeiterischer Aufgabenbereich in der stationären Psychiatrie unter Einbeziehung der Lebenswelt der Klienten

Nun möchte ich meine praktischen Erfahrungen und die theoretischen Aufgaben eines Sozialarbeiters hinsichtlich der Lebensweltorientierung miteinander verknüpfen. Die Psychiatrie ist ein Teilgebiet der Sozialen Arbeit, jedoch fallen die Menschen mit ihren psychischen Erkrankungen in jeden Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens. Die Arbeit des Sozialarbeiters mit psychisch abhängigkeiterkrankten Menschen erfolgt in geschlechts- und altersspezifischen Tätigkeiten.

Die erste Herangehensweise an den Patienten beginnt mit der Vorstellung der eigenen Person und der anschließenden sozialdienstlichen Aufnahme. Inhalte davon sind personenbezogene Daten wie Name, Angehörige, Ärzte, Krankenversicherung,

55 (vgl. u.a. Bilder 1991) in Reintl, Füssenhäuser, Stumpp in Grunwald, Thiersch 2004, S. 176

56 vgl. Reintl, Füssenhäuser, Stumpp in Grunwald, Thiersch 2004, S. 176

berufliche Situation, Schulden und Einkommen aufzunehmen. Danach wird in Absprache mit dem Patienten, dessen Angehörige informiert. Aufgabe meinerseits war/ist zunächst, den zuständigen Betreuer, falls einer vorhanden war/ist, zu benachrichtigen, den Betreuerausweis für die Krankenhausakte sowie Kleidung und Geld anzufordern. Als nächstes habe ich mit Hilfe der Patientenverwaltung die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung (KV) geprüft. Falls keine Mitgliedschaft bestätigt wurde, wird mit dem Patienten ein Antrag auf ALG II oder eine fristgerechte Mitgliedschaft in die KV gestellt. Des Weiteren haben wir individuell Anträge wie auf ALG I, Krankengeld und Zuzahlungsbefreiungen ausgefüllt und an die zuständige Behörde weitergeleitet.

In manchen Fällen beriet und informierte ich die Adressaten über Langzeittherapien, welche dann gemeinsam im Team besprochen, Anträge ausgefüllt und beim Rentenversicherungsträger beantragt wurden. Dabei müssen die Betroffenen und ihre Lebenswelt einbezogen werden, beispielsweise indem sie Wünsche für den Behandlungsort angaben. Aber es gibt Kritikpunkte an der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers. Die Adressaten durften einen Wunschort angeben. Dieser wurde zwar berücksichtigt, aber die endgültige Entscheidung über den Therapiebedarf und den Ort entschied der Träger. Dies kann den abhängigen Menschen in seinen Zielen und seiner Motivation beeinflussen und zurückwerfen. Daraus können sich Differenzen zwischen den Klienten und Professionellen in der weiteren Arbeit ergeben.

Täglich führte ich Telefonate mit Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern, Jugendämtern, Arbeitsagenturen, Angehörigen, Betreuern, Rechtsanwälten, Beratungsstellen, Geldinstituten, Fach- und Hausärzten und Rehabilitationseinrichtungen. Gemeinsam mit Patienten, den zuständigen Betreuern und anderen Sozialarbeiterinnen fanden regelmäßige Besprechungen statt, bezüglich der Wohnsituation (Außenwohngruppe, Betreutes Einzelwohnen, Heimunterbringung, eigene Wohnung, ...), Arbeitsmarktmöglichkeiten, Finanzen, aktuellen psychischen und physischen Zuständen, Entlassung, Nachbehandlung, etc. immer unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Ressourcen der Klienten. Zusätzlich wurde ich zu Angehörigengesprächen hinzugezogen. In einem Beispiel wurde eine Patientin von ihrem Arbeitgeber während der Therapie gekündigt. Ihre Familie wollte zusätzliche Unterstützung durch eine Sozialarbeiterin für diese Problematik, um bestimmten

Schritten zur Klärung nachzugehen. Die Lebenswelt der Patientin brach zusammen und sie wusste zu dem damaligen Zeitpunkt keinen Ausweg mehr. Aus diesem Grund brauchte sie Unterstützung und Hilfemaßnahmen, um ihre Gefühls- und Lebenswelt wieder ins Gleichgewicht zu bringen.

Im Suchtbereich durfte ich die Psychologin bei einem Einzelaufnahmegespräch einer Patientin begleiten und bekam das erste Mal eine ausführliche emotionale Biografieerzählung mit. Dadurch wurde uns ihre Lebenswelt, Lebensgeschichte und Notsituation, in der sie sich aktuell befand, deutlich erklärt. Hierbei war es sichtbar, dass die Patientin mit ihren Problemen im Mittelpunkt stand und wir uns als Professionelle danach richten und interventieren mussten.

Nach jeder Aufnahme habe ich die Patientendaten in das krankenhausinterne Computersystem eingetragen und bestimmte Vorkommnisse während des Aufenthaltes dokumentiert. Bevor die Adressaten ihre Therapie in der Klinik beendeten, durchliefen sie noch ein Entlassungsgespräch bei uns als Sozialdienst. In diesem Gespräch wurden Termine mit dem Fach- und Hausarzt, Kontakt- und Beratungsstellen vereinbart und die Heimfahrt mit dem Krankentransport/Taxi/Privat organisiert. Die Nachsorgevermittlung fand ausschließlich mit Zustimmung und Einverständnis des Klienten statt und richtete sich nach seinen Bedürfnissen. Des Weiteren durfte ich die Gruppengespräche, Infogruppe (MPU, Fahrtauglichkeit, Kosten) und Ergotherapie (Malen, Kegeln, Holzwerkstatt, Keramik) wöchentlich besuchen, um mir einen Eindruck der Ressourcen des Patienten zu verschaffen.

Weiterhin stand auf dem Therapieplan der Suchtstation das Autogene Training, welches durch eine Psychologin geleitet wurde sowie das durch Pflegepersonal durchgeführte Hirnleistungstraining, welches ich nach 3 Wochen allein durchführte (Förderung der kognitiven Fertig- und Fähigkeiten). In einer Behandlungsgruppe von 9 Patienten schauten wir gemeinsam einen wissenschaftlichen Film über Drogen- und Alkoholkonsum und sprachen im Anschluss der Reportage über diese Problematik. Dabei wurde sichtbar, dass die Lebenswelt, in denen sie sich bewegten, sehr unterschiedlich gegliedert, organisiert und strukturiert sind. Anhand dessen fiel mir des Weiteren auf, dass die Gruppentherapie erfolgreich für die Patienten sein kann. In der Gruppe werden private Informationen ausgetauscht und nicht jeder akzeptiert die Welt, in der der andere lebt und vor allem wie man sie auslebt. Dabei kann es zu großen

Diskrepanzen und Konflikten kommen, in der wiederum der Therapieprozess in Gefahr steht. Somit sind die Einzelgespräche mit Psychologen und Sozialarbeiter von großer Notwendigkeit, gleichzeitig auch zeitaufwendig, aber intensiv für den Betroffenen. Sie werden von den Abhängigkeitserkrankten sehr gut in Anspruch genommen.

Zusätzlich bereitete ich auf der Suchtstation und der Allgemeinpsychiatrie das Wahrnehmungstraining (Mobilisierung der Sinne) vor und führte es mit Einverständnis der Oberärztin, meiner Mentorin und der Psychologin durch. In der Soziotherapie besprachen die Patienten und ich das Vorhandensein und die Bedeutsamkeit von Netzwerken, Möglichkeiten der Nachbetreuung und die Inanspruchnahme von therapeutischen Hilfen.

Anhand meiner eigenen Reflexion fielen mir während des Praktikum in der Psychiatrie mehrere Aspekte auf, was ein Sozialarbeiter unbedingt beachten sowie an persönlichen Kompetenzen besitzen muss. Zum einen ist es wichtig, das richtige Verhältnis zwischen Nähe und Distanz zum Klienten zu finden. Denn die psychischen Störungen der Betroffenen haben körperliche, seelische und soziale Ursachen und Auswirkungen auf das gesamte Umfeld und gehen an dem Professionellen nicht spurlos vorüber. Dabei ist es wichtig, sich kontinuierlich zu reflektieren und die Probleme der anderen nicht zu sehr zu Herzen zu nehmen. Denn dann spricht man von einer projektiven Identifikation, wenn der Professionelle seine privaten Problemlagen spiegelt und in die Therapie des anderen einfließen lässt. Desweiteren muss man sich von den Betroffenen abgrenzen können und die Arbeit in der Einrichtung lassen. Ansonsten überfordert man sich und seine Umwelt und kann rasant an der umgangssprachlichen Erkrankung „Burnout“ erkranken.

Die drei Grundhaltungen der Personenzentrierten Gesprächstherapie nach Carl Rogers finden hier für die Sozialarbeiter und auch jedem anderen Personal ihre Notwendigkeit und Anwendung. Unter Kongruenz versteht Rogers die Echtheit, Unverfälschtheit, oder/und Transparenz seitens des Therapeuten/Professionellen. Der Sozialarbeiter muss realistisch, so wie er wirklich ist, dem Betroffenen gegenüber treten. In dieser Beziehung ist er selber Mensch und stellt sich nicht als jemand dar, der seine Profession in der Hierarchie gegenüber dem Adressaten ausnutzt. Fassadenhaftes Spielen, Rollen und Floskeln dürfen nicht angewandt und sich nicht dahinter versteckt werden, sondern man muss sich emotional einbringen können. Unter Empathie versteht man das einführende

Verstehen und das echte ernsthafte Verständnis einer Person. Rogers ging es darum, sich einführend, jedoch nicht interpretativ oder medizinisch-therapeutisch-diagnostisch auszulassen, sondern den Menschen in seiner Welt zu verstehen und zu akzeptieren, wie er sie empfindet. Die Wertschätzung oder auch bedingungslose positive Zuwendung beschreibt die Grundhaltung des Akzeptierens des Menschen mit seinen Gefühlen und Äußerungen. Das bedeutet aber nicht, dass der Professionelle den Gefühlen des Klienten zustimmen muss. Sondern es bedeutet, dass er seinen Gesprächspartner ohne Wertung und Vorurteile so akzeptiert, wie er ist.⁵⁷

Die drei Grundhaltungen Empathie, Wertschätzung und Kongruenz sollten für eine professionelle Arbeit mit psychisch kranken Menschen bei dem Sozialarbeiter vorhanden sein und von ihm umgesetzt werden.

Nun möchte ich noch einen kurzen Überblick über wichtige Anforderungen an die Fachkräfte geben. Die Adressaten sollten vom Personal über ihre nicht-substanzbezogenen Ressourcen aufgeklärt und informiert werden. Denn diese sind für einen weiteren Therapieprozess notwendig und hilfreich. Einzelheiten über die Lebensgeschichte der Klienten sind wichtig für den Zusammenhang der Therapie und die Punkte, die verändert werden sollen. Sozialarbeiter, Therapeuten und Ärzte müssen die gemeinsam gefundenen Zielvorstellungen während der Therapie mehrmals ansprechen und dem Betroffenen konkret vor Augen halten. Die Strukturierung und Organisation müssen von beiden Parteien akzeptiert und umgesetzt werden. Die Deutung des Abhängigkeitsproblems muss im Zusammenhang mit der Lebenswelt des Adressaten stehen. Dabei dürfen sie nicht über- oder unterfordert werden und es muss seitens der Professionellen auf die individuellen Bedürfnisse geachtet werden. Ein wichtiger Bestandteil ist hierbei die Kommunikation zwischen dem Hilfebedürftigen und Helfenden. Sie ist bedeutend für eine soziale Interaktion, die Gruppendynamik und das soziale Miteinander innerhalb der Therapiegruppe. Somit werden die Ziele, Angebote, Erfahrungen und Erlebnisse verständlicher gestaltet. Zwischenmenschliche Ereignisse können somit für den erkrankten Menschen besser verinnerlicht und akzeptiert werden. Durch die lebensweltorientierte Sozialarbeit sollen die Nachsorgeangebote bzw. -maßnahmen verstärkt angenommen und geachtet werden. Die Vermittlung von Netzwerkpartnern erscheint somit den Betroffenen deutlich effektiver

⁵⁷ vgl. <http://www.carlrogers.de/sites/grundhaltungen-personenzentrierte-gespraechstherapie.html>, verfügbar am 06.01.2012

und auch attraktiver, wenn sie das Gefühl bekommen, nach der Therapie nicht allein im Leben zu stehen.⁵⁸

8 Sozialarbeiterische Methoden und Hilfen

8.1 Was ist ein Methodenverständnis?

Schilling beschreibt 1993 die Methode als ein strukturmäßiges Vorgehen zur Erreichung von Zielen. Es ist ein erfolgsorientierter Weg zu einem Ziel und eine spezielle Art und Weise zu handeln bzw. reagieren. Die Art und Weise des Handelns ist richtungsweisend für die Erreichung der Zielstellung. Dabei werden sie von bewusst gewählten Verhaltensweisen begleitet. Weiterhin ist eine Methode eine Form der Vorgehensweise, um auf bestimmte Aufgaben ein Ergebnis, eine Antwort oder Aufklärung zu erhalten. Zusätzlich sind sie eingeübte, überprüfte, überlegte und übertragbare Handlungsweisen zur Bearbeitung bestimmter Vorgaben von Aufgaben und Zielen. Klafki meint 1970, dass die Methodik eine Teildisziplin der Erziehungswissenschaft sei, welche sich mit pädagogischen Verfahrensweisen befasst.

Einerseits sind die Methoden bestimmte Zielfragen und andererseits der Bezug auf die Umsetzung, den Ablauf und die Vermittlung. Das sorgt für eine terminologische Transparenz. Zielfragen wären z.B. Was will ich erreichen und warum? Welche Schritte und Elemente können wie eingesetzt werden?⁵⁹

Die methodischen Handlungsweisen begreifen sich in der Sozialen Arbeit arbeitsfeldbezogen. Der jeweilige Arbeitsbereich mit seinen thematischen, institutionellen, rechtlichen und finanziellen Aspekten bezeichnet die benötigten und zu berücksichtigenden Rahmenbedingungen. Jedoch kann man sagen, dass die Methodik unabhängig vom Arbeitsbereich das Augenmerk sowohl auf den Weg und die Art der Hilfeleistung, als auch auf die Verwendung von bestimmten Mitteln und Vorgehensweisen richtet. Daraus ergeben sich oft Methoden, welche arbeitsfeldübergreifend sind und in mehreren Bereichen eingesetzt werden können.⁶⁰

Im Folgenden möchte ich einen groben Überblick der Methoden in der Sozialen Arbeit geben.

58 vgl. Reinl, Füssenhäuser, Stumpp in Grunwald, Thiersch 2004, S. 182 f.

59 vgl. Galuske 2009, S. 24 ff.

60 vgl. Galuske 2009, S. 32 f.

8.2 Überblick der Methoden und Ansätze mit Schwerpunkt Empowerment

„Methoden der Sozialarbeit/Sozialpädagogik bezeichnen detailliert planbare, geregelte und zielorientierte Wege der Problemlösung. Dazu gehört die Analyse des Problems (Anamnese) mit der diagnostischen Einschätzung (Diagnose), die Angabe oder Klärung der Ziele, der Handlungsplan zur Zielerreichung (Intervention) und die Auswertung dieses Prozesses (Evaluation).“

Als Methoden werden innerhalb der Theorie auch allgemeine Handlungskonzepte und in der Praxis der Sozialen Arbeit auch Handlungsarten, Handlungsinstrumente oder Handlungstechniken wie beispielsweise die Gesprächsführung bezeichnet.⁶¹

Nun möchte ich die bekannten Methoden und Ansätze der Sozialen Arbeit nennen: Sozialpädagogische Beratung, Klientenzentrierte Gesprächsführung, Multiperspektivische Fallarbeit, Soziale Einzel(fall)hilfe, Case Management (Erweiterung der Einzelfallhilfe), Soziale Gruppenarbeit, Mediation, Rekonstruktive Sozialpädagogik, Familientherapie, Familie im Mittelpunkt, Erlebnispädagogik, Themenzentrierte Interaktion, Empowerment, Streetwork, Sozialraumorientierung, Prävention, Soziale Netzwerkarbeit, Supervision, Selbstevaluation, Sozialmanagement, Jugendhilfeplanung, Gemeinwesenarbeit und Biografiearbeit. Die Lebensweltorientierung wird als ein Handlungskonzept der Sozialen Arbeit gesehen.⁶² Damit möchte ich die Lebensweltorientierung mit meiner ausgewählten Methode in Verbindung bringen und praktisch verknüpfen. Vornweg genommen möchte ich sagen, dass ich nicht alle Methoden und Ansätze vorstellen und erklären, sondern speziell nur auf Empowerment eingehen werde.

Empowerment wurde erstmals einer Bürgerrechtsbewegung der schwarzen Minderheitsbevölkerung in Amerika zugesprochen. Das Konzept wird in Deutschland seit den 90er Jahren verstärkt aufgenommen und umgesetzt. Dem Begriff Empowerment stehen mehrere Bedeutungen zu. Empowerment setzt auf eine Neugestaltung des Selbstverständnisses von Helfern und Hilfeinstitutionen. In diesem

61 <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/152/15293.htm>, verfügbar am 09.01.2012

62 vgl. Galuske 2009, S. 11 f.

vgl. <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/152/15278.htm>, verfügbar am 09.01.2012

Konzept bedarf es der Methode der Hilfe zur Selbsthilfe. Die Angelegenheiten des Betroffenen sollen eigeninitiativ angegangen werden, um somit die persönlichen Kräfte und Kompetenzen zu entdecken und anzuwenden. Der Sozialarbeiter muss gemeinsam mit dem Klienten die Arbeitsfähigkeit (wieder-) herstellen, so dass die Adressaten ihr Leben selbst finanzieren können. Somit werden die lebensweltlichen Zusammenhänge verändert und neu sortiert. Empowerment meint, die selbsterarbeiteten Lösungswege anzunehmen und wertzuschätzen. Mit Hilfe der Professionellen sollen die füreinander einstehenden Formen der Selbstorganisation aktiv gefördert werden. Laut mehreren Autoren darf Empowerment nicht als Methode, sondern als Haltung verstanden werden. Sie dient als professionelle Haltung, welche den Blick auf die Förderung von Ressourcen legt und eine Haltung sozialen Handelns verkörpert. Weiterhin entsteht durch dieses "neue" Konzept ein Perspektivenwechsel bei den Sozialarbeitern, welches bestimmt ist vom Mangel an Orientierung und zur Förderung von Stärken ausgebaut werden soll. Dabei wird seitens der Professionellen die Sensibilität gesteigert und damit die versteckten Ressourcen von Klienten aufgedeckt. Es wird innerhalb der Begrifflichkeit Ressource zwischen mehreren Aspekten unterschieden. Einmal die sozialen Ressourcen, welche soziale Beziehungen, soziale Netzwerke und Unterstützungssysteme beinhalten. Zum Zweiten befassen sich die psychologischen Ressourcen mit dem Selbstwertgefühl und dem Kontrollbewusstsein. Zusätzlich soll die Einzelförderung zur Stärkung der einzelnen Menschen in Gruppen und Kontexten gesehen werden. Die Beziehungsarbeit soll der Netzwerkförderung dienen. Letztendlich sind in dem Bewältigungsverhalten folgende Punkte inbegriffen, die Situationen und die Bedeutung der Problematik verändern sowie die eigene Kontrolle der empfundenen Belastungen erlernen.

Wolfgang Stark benennt drei Ebenen, auf welchen sich Empowermentprozesse wahrnehmen lassen. Die *individuelle Ebene* stärkt das Bewusstsein des Klienten, welches wiederum die erlebten Situationen beeinflussen kann. Das Gefühl der Kontrolle über ihr Leben und die Kontrollierbarkeit von Situationen oder sozialen Umständen stärkt die Betroffenen in ihrer Entscheidungsfreiheit. Aufgrund von Wochenendheimfahrten und allgemeinen Ausgangszeiten während der Behandlung sind die Betroffenen gezwungen, sich mit ihrer Situation auseinanderzusetzen und zu überlegen, welche Schritte sie zur weiteren Abstinenz einhalten müssen. Sie

kontrollieren ihr Erleben bezüglich ihres Verhaltens außerhalb der Psychiatrie. Verantwortung, Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen stehen an erster Stelle. Dies wird ihnen in den ersten Wochen durch Psychologen, Ärzte und Sozialarbeiter verdeutlicht und im Zusammenhang von Kommunikation und Interaktion in langsamen Schritten gefördert. Die *Gruppenebene* beschreibt die Gruppenzusammenhänge von Gleichbetroffenen. Anhand der Partizipation in sozialen Gruppen oder bei sozialen Aktionen können die Adressaten sich im gemeinsamen Planen, Gestalten und der gemeinsamen Suche nach selbstbestimmten Lebensräumen üben und ausprobieren. Während der stationären Therapie erfolgen Gruppengespräche, welche organisatorische Inhalte besitzen und das Planen von z.B. Ausflügen oder Weihnachtsfeiern erfordert. Somit entstehen Gruppenprozesse, die die Teamfähigkeit und somit auch die eigenen Kompetenzen fördern und stärken. In der *strukturell-organisatorischen Ebene* wird das freiwillige Engagement als ein Lern- und Entwicklungsfeld der psychologischen Empowermentprozesse gesehen. Die abhängigkeiterkrankten Menschen können in Selbsthilfegruppen oder als Gruppenleiter innerhalb der stationären Einrichtung ihre Konfliktfähigkeit entwickeln und fördern sowie die Durchsetzung der eigenen Interessen.

Wie eine Entwicklung aussieht, in der ein Mensch lernt, verstärkt über sein Leben zu bestimmen, erklärt das Vier-Phasenmodell nach Charles Kieffer. In der ersten Phase, der *Mobilisierungsphase*, fangen die Betroffenen an, sich mit ihren quälenden Erlebnissen auseinanderzusetzen, sich gegen ihr Schicksal zu wehren und aktiv dagegen anzukämpfen. Zum Beispiel wäre dies bei einem Abhängigkeitserkrankten in der stationären Psychiatrie, wenn er für sich den Auslöser seiner Alkoholabhängigkeit findet, indem er seine Person kritisch begutachtet und feststellt, dass es Anfänge der Alkoholsucht seit dem Verlust seiner Arbeit gab. Der aktive Kampf wäre in dem Fall, eine Abstinenz zu erlangen und durchzuhalten sowie neue Schritte in das Berufsleben mit Hilfe des Sozialdienstes einzuleiten. Die Zweite Phase, *Engagement und Förderung*, setzt sich mit der ersten, spontanen und erlebnisgebundenen Handlung auseinander, welche nun in Verbindung mit einem stabileren Engagement steht. Die Rolle einer unterstützenden Person oder Gruppe ist hier von großer Bedeutung für den Klienten. Bezüglich des gerade genannten Beispiels kann das erste erlebnisgebundene Verhalten des Adressaten z.B. ein warmer/kalter Entzug, ein Schritt Richtung Arbeitsfähigkeit

oder auch eine Versöhnung mit einem Familienmitglied, welches unter der Abhängigkeit litt, sein. *Integration und Routine*, welche die dritte Phase ausmachen, in denen sich persönliche und gruppenbezogene Kompetenzen, wie z.B. der Umgang mit Behörden entwickeln und festigen. Es kommt zur Integration der Ressourcen in den Alltag der betroffenen Personen. Die Klienten müssen sich damit arrangieren, dass sie sich verändert haben. Im Beispiel hat der Betroffene die Kompetenz entdeckt, dass er selbständig einen Arbeitslosengeld II-Antrag bei der ARGE telefonisch beantragt hat. Diese Aufgabe kann für manch einen Patienten durchaus anfangs schwierig sein und benötigt große Überwindung. In der vierten Phase, der *Überzeugung und „brennenden Geduld“*, ist das charakteristische Merkmal die Organisations- und Konfliktfähigkeit seitens der eigenen Person oder innerhalb der Gruppe. Diese Kompetenzen wurden in deren Alltag und Selbstbild integriert und können nun somit auf andere Lebensbereiche bezogen werden. Die Ziele, welche bisher erreicht wurden, können im Prozess stagnieren und daher ist die Überzeugung, trotz alledem aktiv zu bleiben, wichtig. Somit müssen Geduld und Kraft aufbewahrt werden, um weitere Prozesse durchlaufen zu können. Anhand des Beispiels in der Psychiatrie kann der Klient seine Fähig- und Fertigkeiten mit in den Alltag nehmen und die Entlassung wird gemeinsam mit der/dem Sozialarbeiter/in vorbereitet. Die Nachsorgeprozesse verlaufen nun kontinuierlich und dauern länger an. Die Erfolgsquote einer Abstinenz ist gegeben, wenn der Betroffene durchhält und an seinen Netzwerken festhält.⁶³

Die lebensweltbezogene Bedeutung versteht Empowerment nicht nur als politische Entscheidungsmacht, sondern auch als das Können von Einzelnen, ihren Alltag aus eigener Kraft zu bewerkstelligen und zu gestalten. Herriger verbindet dieses Definitionsverständnis mit der Bedeutung von Empowerment in Bezug auf die Ermöglichung, Unterstützung und Förderung von Autonomie durch andere Personen. Abgeleitet daraus, bringt Herriger Empowerment als professionelles Konzept der Unterstützung von Selbstbestimmung auf folgende Kurzformel:

„Handlungsziel einer sozialberuflichen Empowerment-Praxis ist es, Menschen das Rüstzeug für ein eigenverantwortliches Lebensmanagement zur Verfügung zu stellen und ihnen Möglichkeitsräume aufzuschließen, in denen sie sich die Erfahrungen der

⁶³ vgl. Galuske 2009, S. 261 ff.

vgl. Koller 2008 in <http://www.opus-bayern.de/fh-regensburg/volltexte/2009/37/pdf/diplomarbeit.pdf>, S. 16 ff., verfügbar am 09.01.2012

eigenen Stärke aneignen und Muster einer solidarischen Vernetzung erproben können.“⁶⁴ Der Blickwinkel liegt hierbei auf der Herstellung sicherer, anregender und bedürfnisorientierter Arbeits- und Lebensbedingungen sowie dem Schutz der sozialen Umwelt und der Erhaltung von Ressourcen.⁶⁵

Die Darstellung beider Modelle sind sowohl für die Klienten als auch für die Sozialarbeiter sehr hilfreich in dem Prozess der Lebensweltorientierung und der Umsetzung von Unterstützungsangeboten.

9 Schlussfolgerungen und Handlungsansätze

Das Konzept der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit richtet sich nach den Lebenslagen, Ressourcen, Partizipationsmöglichkeiten und Alltagsschwierigkeiten der betroffenen Menschen. Jedoch stellt man fest, dass zwischen Theorie und Praxis ein Ungleichgewicht herrscht. Dass Menschen versuchen, heutige Lebensaufgaben und Schwierigkeiten mit Hilfe von Drogen zu bewältigen, wird in unserer Gesellschaft immer häufiger Anwendung finden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Lebenswelt der Klienten intensiver in die Soziale Arbeit insbesondere in der stationären Psychiatrie einbezogen werden muss. Die Bedürfnisse der Betroffenen sollen zielgerichteter beachtet und seitens der Professionellen danach gehandelt werden. Das stationäre Setting und die dazugehörigen Rahmenbedingungen sollen sich klientenzentriert aufbauen. Die Hilfeangebote müssen weiter ausgebaut werden, um dem Klienten individuelle und vielseitige Hilfemaßnahmen zu ermöglichen. Netzwerke u.a. bestehend aus Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Ärzte sollten zugunsten des Klienten enger miteinander kooperieren und gemeinsam am Behandlungskonzept mitarbeiten. Somit können stationäre Behandlungen für die Klienten reduziert oder sogar umgangen werden.

Die Bedürfnisse und Wünsche des Klienten sollen nicht aufgrund von Einzelentscheidungen beispielsweise von Ärzten oder Rentenversicherungsträgern außer Acht gelassen werden, sondern den Betroffenen in seinen Zielvorstellungen und veränderungsbedürftigen Handlungsmustern positiv beeinflussen.

64 Koller 2008 in <http://www.opus-bayern.de/fh-regensburg/volltexte/2009/37/pdf/diplomarbeit.pdf>, S. 18, verfügbar am 09.01.2012

65 vgl. Herriger 2002 in Koller 2008 in <http://www.opus-bayern.de/fh-regensburg/volltexte/2009/37/pdf/diplomarbeit.pdf>, S. 47 f., verfügbar am 09.01.2012

Eine Aufgabe des Sozialarbeiters ist, den Adressaten vor Druckausübungen durch Ärzte oder andere Professionen zu bewahren und den Druck abzufangen. Damit ist es möglich, dem Klienten die notwendige Zeit zu gewähren, seinen Behandlungsplan zu durchlaufen und seine Ziele zu erreichen. Entscheidungen über Therapieinhalte, Medikamentenverordnungen, zukünftige Nachsorgesysteme oder weiterführende stationäre/ambulante Behandlungsmaßnahmen dürfen nur gemeinsam mit dem erkrankten Menschen erfolgen. Innerhalb der stationären Psychiatrie müssen Präventionsmaßnahmen anhand der Lebensverhältnisse von Betroffenen Anschluss finden und regelmäßig verbreitet werden, um so dem Klienten Möglichkeiten der Hilfen anzubieten.

In der Psychiatrie findet man ein multiprofessionelles Team vor, welches besonders kooperativ arbeiten muss, ohne Hierarchieansprüche geltend zu machen. Funktionierende Teams sind keine Selbstverständlichkeit, sondern müssen sich immer wieder neu gestalten. Die Eindrücke und Erfahrungen aller Fachkräfte müssen zusammengetragen und reflektiert werden sowie in die Arbeit mit den Klienten einfließen. Weiterhin muss die Verteilung des Aufgabenbereiches der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen überarbeitet und neu strukturiert werden, um dieses Fachgebiet mehr in das ganzheitliche Unterstützungssystem des Klienten zu integrieren. Institutionen wie Rehabilitationseinrichtungen oder Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankte müssen in der Gesellschaft durch Öffentlichkeitsarbeit mehr Beachtung finden. Ihr Aus- bzw. Neubau ist von großer Bedeutung. Somit werden lange Wartezeiten oder auch Ablehnungsbescheide der Weiterbehandlung für die Klienten verringert und sie erleben einen ununterbrochenen Therapieprozess, in dem sie gefördert und in ihrem Durchhaltevermögen gestärkt werden.

Der betroffene Mensch steht mit seiner Lebenswelt, seinen Bedürfnissen, Wünschen, Ansprüchen und Problemen im Zentrum der psychiatrischen Arbeit. Dies muss allen Professionen bewusst werden, um angemessen zu handeln und Erfolge im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen zu erlangen.

10 Anlagen

Abb. 1.

Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen ([F00-F99](#))

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- [F00-F09](#) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- [F10-F19](#) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- [F20-F29](#) Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- [F30-F39](#) Affektive Störungen
- [F40-F48](#) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- [F50-F59](#) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- [F60-F69](#) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- [F70-F79](#) Intelligenzstörung
- [F80-F89](#) Entwicklungsstörungen
- [F90-F98](#) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- [F99-F99](#) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Quelle: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2010):
Übersicht der Kapitel – V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99).
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/index.htm#V>,
verfügbar am 24.11.2011

B-13.1 Klassifikation der Störungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10 und DSM-IV-TR	
ICD-10	DSM-IV-TR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alkohol (F10) ▪ Opiode (F11) ▪ Cannabinoide (F12) ▪ Sedativa oder Hypnotika (F13) ▪ Kokain (F14) ▪ andere Stimulanzien (einschließlich Koffein) (F15) ▪ Halluzinogene (F16) ▪ Tabak (F17) ▪ flüchtige Lösungsmittel (F18) ▪ multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19) ▪ Missbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen (Laxanzien, Diuretika, Antazida, einfache Analgetika, Vitamine, Antidepressiva, Naturheilmittel) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alkoholabhängigkeit/-missbrauch ▪ Opiatabhängigkeit/-missbrauch ▪ Cannabisabhängigkeit/-missbrauch ▪ Abhängigkeit/Missbrauch von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika ▪ Kokainabhängigkeit/-missbrauch ▪ Abhängigkeit/Missbrauch von Amphetaminen oder ähnlich wirkenden Sympathikomimetika ▪ Halluzinogenabhängigkeit/-missbrauch ▪ Nikotinabhängigkeit ▪ Abhängigkeit/Missbrauch von Inhalanzien ▪ Polytoxikomanie ▪ Abhängigkeit/Missbrauch von Phencyclidin (PCP) oder ähnlich wirkenden Arylcyclohexylaminen
<p>Das DSM-IV-TR unterscheidet explizit Abhängigkeit vom Missbrauch, während die ICD-10 zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom differenziert (s. Tab. 314).</p>	

Quelle: Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Deister, Arno (2009): Psychiatrie und Psychotherapie. 4. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S. 311.

Abb. 2

B-13.8 Diagnostische Hinweise (erfasst durch MALT, s. Tab. B-13.9)	
somatisch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kreislaufstörungen ▪ Zittern, Schwitzen ▪ Wadenkrämpfe, Parästhesien ▪ Übelkeit, Appetitlosigkeit, Bauchschmerzen ▪ Impotenz ▪ pathologische Laborwerte (z. B. γ-GT, GOT, GPT, MCV, Kreatinin, Harnsäure, Triglyzeride)
psychisch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ abnormes Trinkverhalten (heimliches/morgendliches Trinken) ▪ Dissimulation ▪ Depressivität, Ängstlichkeit ▪ Schlafstörungen, Nervosität, Filmrisse („Black outs“) ▪ Konzentrationsstörungen
sozial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ berufliche Schwierigkeiten ▪ Interessenverlust ▪ mangelnde Hygiene, beginnende Verwahrlosung

Quelle: Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Deister, Arno (2009): Psychiatrie und Psychotherapie. 4. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S. 327.

11 Literaturverzeichnis

Blanke, Uwe (Hrsg.) (1996): Der Weg entsteht beim Gehen – Sozialarbeit in der Psychiatrie. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH. S. 7-11.

Bosshard, Marianne; Ebert, Ursula; Lazarus, Horst (2007): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH. S. 120-123, 134-137.

Clausen, Jens; Dresler, Klaus-D.; Eichenbrenner, Ilse (1997): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie – Eine Einführung. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 81-87, 108-111.

Dörr, Margret (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. 1. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag GmbH & Co KG. S. 11-13, 61-65, 85-86.

Dyckmans, Mechthild; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung-Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Drogen- und Suchtbericht Mai 2011. Berlin: enka-druck GmbH. S. 21-47, 55-74.

Galuske, Michael; Rauschenbach, Thomas (Hrsg.) (2009): Methoden der Sozialen Arbeit – Eine Einführung. 8. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 11-12, 24-35, 261-267.

Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans (Hrsg.) (2004): Praxis Lebensweltorientierter Sozialen Arbeit – Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 1. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 5-7, 13-37, 173-191, 305-315.

Hardtmann, Gertrud; Müller, C. Wolfgang (Hrsg.) (1991): „Irren-Haus“ - Eine Einführung in die Psychiatrie und ihre sozialpädagogischen Arbeitsfelder. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S. 104, 126-128.

Jungblut, Hans-Joachim; Rauschenbach, Thomas (Hrsg.) (2004): Drogenhilfe – Eine Einführung. 1. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 309-314.

Loviscach, Peter i.Z. m. Lutz, Roland (1996): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht – Eine Einführung. 1. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 32-38.

Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Deister, Arno (2009): Psychiatrie und Psychotherapie. 4. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S. 2, 307-354.

Obert, Klaus (2001): Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH. S. 121-136.

Schilling, Johannes (2005): Soziale Arbeit – Geschichte-Theorie-Profession. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag GmbH & Co KG. S. 190-193.

Thiersch, Hans (Hrsg.); Otto, Hans-Uwe (Hrsg.) (1995): Lebenswelt und Moral – Beiträge zur moralischen Orientierung Sozialer Arbeit. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 119-137.

12 Quellenverzeichnis

Bundesministerium der Justiz; juris GmbH (1994): Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV). <http://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNR029300990.html>, verfügbar am 04.12.2011

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V.; Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V.: Definition Sucht. <http://www.suchthilfe-wetzlar.de/hp-dateien/sucht.htm>, verfügbar am 22.11.2011

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2012): ICD-10 Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>, verfügbar am 24.11.2011

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2010): Übersicht der Kapitel – V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/index.htm#V>, verfügbar am 24.11.2011

Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Bethanien Hochweitzschen (2009): Bereich Abhängigkeitskranke. <http://www.bethanien-hochweitzschen.de/index.php?id=592>, verfügbar am 01.12.2011

Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Bethanien Hochweitzschen (2009): Bereich Allgemeinpsychiatrie. <http://www.bethanien-hochweitzschen.de/index.php?id=593>, verfügbar am 01.12.2011

Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Bethanien Hochweitzschen (2009): Bereich Alterspsychiatrie. <http://www.bethanien-hochweitzschen.de/index.php?id=591>, verfügbar am 01.12.2011

Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Bethanien Hochweitzschen (2009): Psychiatrische Institutsambulanz. <http://www.bethanien-hochweitzschen.de/wir-ueber-uns/fachbereiche/psychiatrische-institutsambulanzen.html>, verfügbar am 04.12.2011

Klinikum St. Georg: Klinik für Forensische Psychiatrie. <http://www.sanktgeorg.de/forensische-psych.html>, verfügbar am 01.12.2011

Koller, Johanna (2008): Diplomarbeit. Die Bedeutung von Empowerment in der Prävention von Mangelernährung bei Kindern unter 3 Jahren in Nepal. Empowerment. <http://www.opus-bayern.de/fh-regensburg/volltexte/2009/37/pdf/diplomarbeit.pdf>, S. 16-19, 47-49, verfügbar am 09.01.2012

Kreuziger, Andreas (2000): Carl Rogers - Die Grundhaltungen der Personenzentrierten Gesprächstherapie. <http://www.carlrogers.de/sites/grundhaltungen-personenzentrierte-gespraechstherapie.html>, verfügbar am 06.01.2012

Recht und Vorschriftenverwaltung Sachsen (2007): Sächsisches Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten (SächsPsychKG). <http://www.revosax.sachsen.de/Details.do?sid=8214414226650>, verfügbar 05.12.2011

Sächsische Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch: Allgemeines – Aufgabenstellung. <http://www.skh-rodewisch.sachsen.de/index.php-SKH-Rodewisch-Psychiatrie-Neurologie-id=174.html>, verfügbar am 01.12.2011

Universität Hamburg (2011): Methoden der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/152/15293.htm>, verfügbar am 09.01.2012

Universität Hamburg (2011): Lebensweltorientierung. <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/152/15278.htm>, verfügbar am 09.01.2012

Wahl, Wolfgang: Rekonstruktion alltäglicher Lebenswelt - Beiträge zur Kritik und Fundierung eines sozialarbeitswissenschaftlichen Lebenswelt-Begriffs. **http://www.webnetwork-nordwest.de/dokumente/lebenswelt.pdf**, S. 2-8, verfügbar am 12.12.2011

Wikipedia – Die freie Enzyklopädie (2011): Psychiatrische Institutsambulanz. **http://de.wikipedia.org/wiki/Psychiatrische_Institutsambulanz**, verfügbar am 04.12.2011

13 Erklärung zur selbständigen Anfertigung der Arbeit

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bearbeitungsort, Datum

Unterschrift