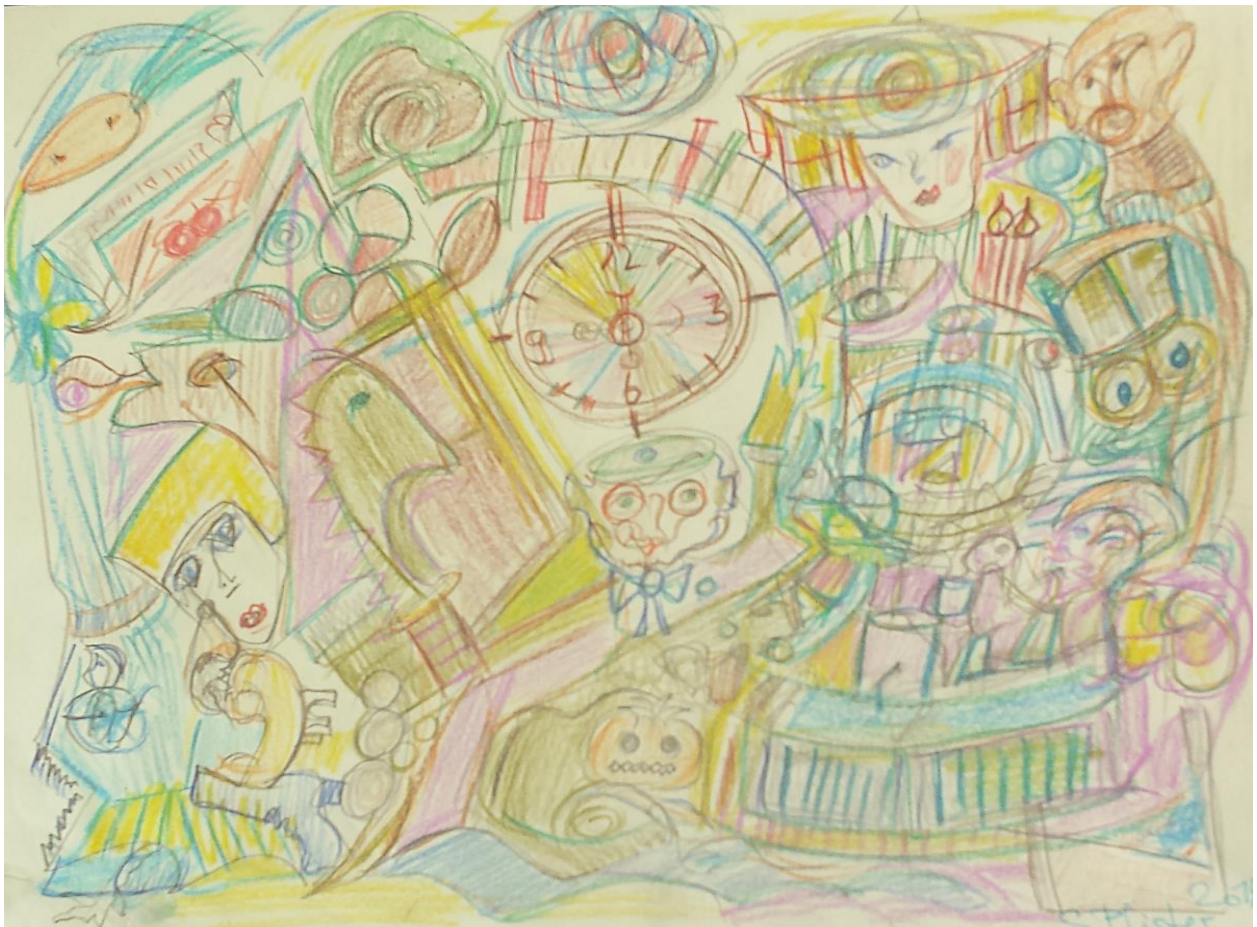


**Doppeldiagnose Schizophrenie
und Substanzabhängigkeit:
Herausforderungen für die Soziale Arbeit im
Kontext des niederschweligen betreuten Wohnens.**



Bachelor Thesis

Verfasst von Lesley Rogers

Zum Erwerb des Bachelor of Arts an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW

Eingereicht im Januar 2015 bei Dr. Jan Willem Nieuwenboom

Abstract

Diese Bachelor Thesis widmet sich der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit und geht der Frage nach, mit welchen Herausforderungen Professionelle der Sozialen Arbeit im Setting des niederschweligen betreuten Wohnens konfrontiert sind, wenn sie erwachsene Menschen mit dieser komorbiden Störung betreuen.

Um dies zu beantworten, setzt sie sich mit ätiologischen Zusammenhängen der schizophrenen Erkrankung und Substanzabhängigkeit auseinander und damit, inwiefern sie das Verhalten von Menschen mit dieser Doppeldiagnose beeinflussen. Auch nimmt sie Stellung dazu, weshalb diese Menschen auf niederschwellige Wohnangebote angewiesen sind und macht Vorschläge, wie Professionelle der Sozialen Arbeit mit dieser Klientel auf eine gelingende Art umgehen könnten. Im Zuge der komplexen Herausforderungen ist eine gute Zusammenarbeit mit Fachpersonen anderer Professionen nötig. Anhand der Kooperation zwischen Psychiatern und Psychiaterinnen und Sozialarbeitenden wird dies in der Arbeit beschrieben und diesbezügliche allgemeine Aspekte thematisiert.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	4
1.1 Persönliche Hinführung zum Thema	4
1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit: Die Fragestellung	5
1.3 Kurze Beschreibung des Vorgehens	7
1.4 Das Gedicht Psychose und Sucht	8
2. KLÄRUNG EINIGER GRUNDBEGRIFFE	9
2.1 Schizophrenie	9
2.2 Die Abhängigkeitserkrankung	11
2.3 Niederschwellige Suchthilfe	13
2.4 Komorbidität und Doppeldiagnose	14
3. DOPPELDIAGNOSEN: ÄTIOLOGISCHE UND ANDERE ERKLÄRUNGSANSÄTZE	15
3.1 Zusammenhänge psychischen Beeinträchtigungen und Abhängigkeiten	15
3.2 Die Schizophrenie und die Substanzabhängigkeit	16
3.2.1 Ätiologie der Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung	17
3.2.1.1 Das Supersensibilitätsmodell	19
3.2.1.2 Das Iatrogene Vulnerabilitätsmodell	19
3.2.1.3 Modell des dysfunktionalen Belohnungssystems	19
3.2.1.4 Das Modell Psychosozialer Risikofaktoren	19
3.2.2 Zusammenfassung	20
3.3 Die Wirkung einzelner Substanzen auf die Schizophrenie	20
4. MENSCHEN MIT DER SCHIZOPHRENIE UND ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG UND DIE SOZIALE ARBEIT	23
4.1 Störungen der Ich- Funktionen	23
4.1.1 Die Affektwahrnehmung	23
4.1.2 Angsttoleranz	24
4.1.3 Frustrationstoleranz	24
4.1.4 Antizipation	24
4.1.5 Realitätswahrnehmung	24
4.1.6 Leistungskompetenz	25
4.1.7 Gestaltung von Objektbeziehungen	25
4.2 Herausforderungen und Ressourcen von Betroffenen	25
4.3 Der Kontext des niederschweligen betreuten Wohnens und seine Relevanz	27
4.4 Umgang mit Menschen mit einer Schizophrenie und Abhängigkeit	29
4.4.1 Einige Worte zur Grundhaltung in der Arbeit mit dieser Klientengruppe	29
4.4.2 Handlungsanregungen zum Umgang mit Klienten und Klientinnen	31
5. INTERPROFESSIONELLE KOOPERATION	33
5.1 Die Medikation und die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und der Psychiatrie	33

5.2	Mögliche andere Involvierte im Hilfesystem	35
5.3	Erklärungsansätze zur interprofessionellen Kooperation	36
5.3.1	Das bio-psycho-soziale Modell	36
5.3.2	Die Identität der Sozialen Arbeit	38
5.3.3	Weiteres zur interprofessionellen Zusammenarbeit	39
6.	SCHLUSSFOLGERUNGEN	41
6.1	Die Beantwortung der Fragestellung	41
6.1.1	Unterfragen	41
6.1.2	Fragestellung	43
6.2	Handlungsbedarf in Forschung und Praxis	44
6.2.1	Für die Forschung	44
6.2.2	Für die Praxis	45
6.3	Zweite Stellungnahme zum Gedicht Psychose und Sucht: Ein Fazit	46
	LITERATURVERZEICHNIS	47
	TABELLEN UND ABBILDUNGEN	50

1. Einleitung

1.1 Persönliche Hinführung zum Thema

Mein Studium der Sozialen Arbeit begann ich in erster Linie aus reinem Interesse an Menschen. Unterschiedliche Persönlichkeiten finde ich genau so beeindruckend, wie die Biografien, die sie mitbringen. Wir Professionelle der Sozialen Arbeit haben die Chance, an den Geschichten unserer Klienten und Klientinnen teilzuhaben. Wir erhalten Einblick in ihre Wahrnehmung und manchmal können wir Schlüsse ziehen, weshalb sie ihr Leben so gestalten und welche Dynamiken mit diesen Lebensentwürfen in Zusammenhang stehen.

Wie wir mit unserer Klientel in Kontakt gehen, verlangt eine reflektierte Grundhaltung. Wenn ich nun das Interesse am Menschen in das Zentrum meiner Arbeit stellen will, so geht es primär darum, ein Verständnis für sie zu entwickeln, emphatisch zu sein und manchmal auch akzeptieren zu können, dass man sich nicht immer in ihre Lage versetzen kann. Dies schliesst mit ein, ihnen als kompetente Individuen wertschätzend und respektvoll entgegenzutreten.

Menschen mit einer Suchtproblematik verlieren nicht selten einen Teil ihrer Selbststeuerung. Sie sind unfrei, wenn man so will. Manchmal treffen sie Entscheidungen, die für andere schwer nachzuvollziehen sind oder stürzen sich in Handlungen und es scheint, als hätten sie nicht die Möglichkeit gehabt, vorher eine Entscheidung zu treffen.

Menschen mit einer Schizophrenie, gerade in Phasen, in welcher die Psychose gegenwärtig ist, haben Wahrnehmungen, die in meinen Augen „verrückt“ im Sinne des „Verrückens“, also verschoben sind. Die Gedanken und Empfindungen, mit denen sie konfrontiert sind, kann ich nicht mehr nachvollziehen, sie sind mir einfach zu fremd.

Manchmal wird es schwierig, dieser eben erwähnten Grundhaltung, Klienten und Klientinnen wertschätzend und respektvoll als kompetente Individuen zu begegnen, treu zu bleiben. Es ist anspruchsvoll, den für mich als normal angesehenen Lebensentwurf, nicht auch für sie als absolut geltend machen zu wollen. Doch genau dort, finde ich, beginnt die Herausforderung und erkenne ich meinen Sinn, weshalb ich in der Sozialen Arbeit tätig sein will. Während meines Praktikums im betreuten Wohnen der Arche Zürich für Menschen mit einer Suchtproblematik und / oder einer psychischen Beeinträchtigung bin ich vielen Personen begegnet, die genau dies von mir verlangt haben. Gleichzeitig bin ich froh darüber, von einem Team diesen Wert des respektvollen Entgegentretens vermittelt bekommen zu haben. Das Akzeptieren des Konsums von Substanzen unter gewissen Bedingungen macht es unter anderem auf eine niederschwellige Weise möglich, für Menschen, die - aus welchen Gründen auch immer - diesen nicht einstel-

len wollen oder können, ein menschenwürdiges Leben zu führen. Würde es keine akzeptierende Wohnformen für Menschen mit Suchtproblemen, die auf Betreuung angewiesen sind, geben, so würden diese durch die Maschen des Systems fallen. Die Folge davon wäre die Obdachlosigkeit, mit allen damit verbunden prekären Lebensumständen.

In meiner praktischen Arbeit wurde ich oft mit der Thematik der Komorbidität konfrontiert. Nicht selten sind tragische Biografien Auslöser für posttraumatische Belastungsstörungen oder Depressionen. In welchem kausalen Zusammenhang psychische Beeinträchtigung und Sucht stehen, schien ich teilweise aus tragischen Geschichten herauslesen zu können. Theoretisch habe ich mich allerdings noch nie intensiv damit auseinandergesetzt. Gerade schizophrene Erkrankungen und die Suchtthematik warfen für mich einerseits Fragen zu deren Zusammenhang als Komorbidität auf. Andererseits bleibt die Schizophrenie alleine für mich etwas rätselhaftes, weil psychotische Wahrnehmungen so verschoben sind. Dies hat mich dazu motiviert, mir im Rahmen dieser Bachelor Thesis einen theoretischen Zugang zu erstellen.

1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit: Die Fragestellung

Aus professioneller Perspektive halte ich es für evident, Menschen mit dieser Doppeldiagnose besser verstehen zu lernen. Die Literaturrecherche hat die Erkenntnis gebracht, dass sich viele Werke mit der Therapie von Menschen mit dieser komorbiden Störung auseinandersetzen. In der Sozialen Arbeit wurde dieses Thema, soweit dies recherchiert werden konnte, kaum theoretisch angegangen.

Die Therapie von Menschen mit einer Doppeldiagnose wird in manchen Forschungskreisen allerdings als eine „mission impossible“ bezeichnet (vgl. Chow et al. in: Moggi 2014: 15). Es ist also davon auszugehen, dass nicht alle Menschen mit dieser Problematik auf eine Behandlung ansprechen, die Ihnen ein Leben in einer weitgehend eigenständigen Wohnform ermöglichen würde. Die Notwendigkeit von niederschweligen Wohnangeboten für Adressaten und Adressantinnen mit der schweren psychischen Erkrankung der Schizophrenie und Substanzabhängigkeit ist demzufolge zur Sicherung eines menschenwürdigen Lebens wichtig. Jedoch ist die Betreuung dieser Zielgruppe mit verschiedenen komplexen Herausforderungen verbunden, welche zur folgenden Fragestellung dieser Thesis geführt haben.

Mit welchen Herausforderungen sind Professionelle der Sozialen Arbeit im Setting des niederschweligen betreuten Wohnens konfrontiert, wenn sie erwachsene Menschen mit einer komorbiden Störung der Schizophrenie und Substanzabhängigkeit betreuen?

Folgende Unterfragen dienen zur Behandlung der Fragestellung:

- In welchem Zusammenhang steht die schizophrene Erkrankung mit der Substanzabhängigkeit?
- Wie beeinflusst dies das Verhalten von Menschen mit dieser Doppeldiagnose?
- Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit mit dieser Klientel im Kontext des niederschweligen betreuten Wohnens auf eine gelingende Art umgehen?
- Inwiefern nimmt der Zuständigkeitsbereich von Fachkräften anderer Professionen, insbesondere der Psychiatrie, einen Einfluss auf die Arbeit von Sozialarbeitenden?
- Welche Herausforderungen können sich daraus ergeben und welche Erklärungen gibt es dafür?

Mit dieser Fragestellung wird die Zielgruppe der Adressaten und Adressatinnen mit der komorbiden Störung der Schizophrenie und Abhängigkeit schon so weit eingegrenzt, dass eine weitere Spezifizierung auf eine gewisse Alters-oder Geschlechtssparte unnötig ist. In Anbetracht dessen, dass viele suchterkrankte Schizophrene mit der Gefahr von Obdachlosigkeit zu kämpfen haben (vgl. Soyka 2000: 1615), macht es sie umgehend auch zur Klientel für niederschwellige betreute Wohnangebote.

Auch die Form der Abhängigkeit ist auf den Konsum von Suchtmitteln beschränkt. Dieser soll allerdings keine einzelne Substanz ausschliessen. Im Vordergrund steht hauptsächlich der Konsum von illegalen Drogen. Allerdings sollen auch der missbräuchliche Konsum von Alkohol oder Medikamenten wie Benzodiazepinen nicht aussen vor gelassen werden. Jeglichen problematischen Umgang mit allen möglichen Stoffen, ob nun Drogen, Medikamenten oder Alkohol, wird in dieser Thesis als gleichwertig behandelt. Der Umstand, dass Gewisse gesetzlich verboten sind, ist nur in dem Zusammenhang relevant, dass dadurch Konsumierende kriminalisiert werden. Gerade der Tatbestand des Konsums von illegalen Substanzen ergibt eine grundlegende Problematik der Illegalität, welche zu weiteren Folgeproblemen wie Beschaffungskriminalität, Haft, Probleme mit der Polizei und Justiz führen kann (vgl. Akeret. 2014: 4).

Die Fragestellung ist bewusst nicht so formuliert, welche Herausforderung Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit an die Soziale Arbeit stellen. Denn dies ist nur ein Teil der Schwierigkeit. Der andere Teil bezieht sich darauf, dass sich Menschen mit einer solchen Störung meist in einem komplexen Netz von unterschiedlichen Helfenden aus anderen Professionen bewegen, wie etwa aus dem Bereich der Medizin oder in manchen Fällen aus der Justiz. Menschen mit einer Schizophrenie sind fast immer in psychiatrischer Behand-

lung, sei es nur durch die Abgabe von Medikamenten. Auch Menschen mit einer illegalen Suchterkrankung werden meist ambulant betreut, viele von Ihnen sind Teilnehmende von Substitutionsprogrammen. Ein grosser Teil der Klientel ist verbeiständet und lebt von einer Invalidenrente. Teilweise haben Klienten und Klientinnen Delikte begangen, die über den illegalen Konsum hinausgehen. All dies bringt eine Kooperation mit unterschiedlichen Professionellen mit sich und macht das Gelingen dieser sehr wichtig. „Der krankheitsbedingte Eigensinn und die gelebte Eigenweltlichkeit“ (Niestrat 2010: 48) benötigen einen guten Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Fachpersonen. Gerade im Umgang mit Klienten und Klientinnen, die ihre Situation oftmals anders wahrnehmen als ihr Umfeld, ist eine enge Zusammenarbeit und ein reger Informationsaustausch zwischen den Professionellen sinnvoll (vgl. Bombosch 2012: 359). In dieser Thesis konzentriert sich die Thematik der interprofessionellen Zusammenarbeit auf diejenige zwischen Fachpersonen der Psychiatrie und der Sozialen Arbeit.

1.3 Kurze Beschreibung des Vorgehens

Die Klärung der Grundbegriffe Schizophrenie, Abhängigkeitserkrankung und niederschwellige Suchthilfe eröffnet die Bearbeitung der Thematik, um darauf kausalen Zusammenhängen zwischen dieser Doppeldiagnose auf den Grund zu gehen. Genutzt werden dabei unterschiedliche Forschungsergebnisse, die zu ätiologischen Erklärungsmodellen führen.

Als zweiter Schritt soll beleuchtet werden, welche Handlungsmöglichkeiten Professionelle der Sozialen Arbeit im Setting des niederschweligen betreuten Wohnens im direkten Kontakt mit solchen Klienten und Klientinnen haben. Welche Schwierigkeiten können sich ergeben und wie könnte eine Kooperation zwischen Professionellen und ihnen gelingen? Welche Ressourcen haben Klienten und Klientinnen mit dieser Doppeldiagnose zur Verfügung? Bei der Bearbeitung all dieser Fragen muss auf Literatur aus dem psychiatrischen Bereich zurückgegriffen werden, weil, wie bereits erwähnt, diese das Meiste an Information bietet.

Als Drittes wird auf den Bereich Bezug genommen, in welchem andere Professionelle involviert sind und sein müssen. Nach einer Darlegung der Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen der Psychiatrie und der Sozialen Arbeit wird das restliche Hilfesystem kurz skizziert, Erklärungsansätze zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit in der Sozialen Arbeit schliessen dieses Kapitel ab.

Diese drei Glieder der Arbeit, die komorbide Störung der Schizophrenie mit einer Abhängigkeitserkrankung; der tägliche Umgang mit dieser Klientel im betreuten Wohnen; und die Kooperation mit anderen Professionellen; sollen schlussfolgernd kritisch diskutiert werden.

1.4 Das Gedicht Psychose und Sucht

Eins kann ich da sagen, man kann dazu nicht jeden fragen!

Nur wer sie hat, der weiss Bescheid und nimmt für sie sich auch mal Zeit!

Der eine hört der andere sieht, es dauert, bis sie sich verzieht!

Mit meiner kann ich ganz gut leben, möchte sie nicht missen, nicht hergeben!

Andere haben's oftmals schwer, wissen kaum den Ausweg mehr!

Schlimm ist's hat man zweierlei, nicht selten kommt noch Sucht dabei.

Diese, die ständig sucht uns zu versuchen. Wie oft konnt ich mich nur verfluchen!

Doch zu all dem kann ich sagen, meistens kann man es ertragen.

Die Psychose und die Sucht, wenn man sich nur Hilfe sucht!

(Thomas Swiontek 2010: 50)

Auch wenn manche Emotionen, mit denen Menschen mit einer Schizophrenie in der Psychose konfrontiert werden, den Grundgefühlen wie Angst, Wut oder Freude zugeordnet werden können, so scheint die Psychose an sich voller Rätsel zu sein. Aussagen von Menschen mit einer Schizophrenie machen verständlich, dass sie im psychotischen Schub grosse Furcht verspüren können. Gerade für paranoid Schizophrene müssen Verfolgungsängste ganz grausam sein. Es ist somit nur schwer nachzuvollziehen, wie es denn sein kann, wenn man in der Psychose den Ausweg nicht findet, wie es das Gedicht beschreibt.

Doch genauso beleuchtet dieses Gedicht, dass eine Psychose nicht nur schlimm sein muss. Man kann sie auch nicht mehr hergeben wollen. Diese Auffassung könnte als Gegenüberstellung des generellen Verständnisses der Schizophrenie als etwas Pathologisches interpretiert werden. In diesem Sinne wurde dieses Gedicht zum Einstig gewählt, um Beides, die schwer zu ertragenden und auch die schönen Seiten einer Psychose zu beleuchten. Dieser Gedanke soll diese Arbeit begleiten.

2. Klärung einiger Grundbegriffe

Im Folgenden sollen die drei Grundbegriffe Schizophrenie, Abhängigkeitserkrankung, und niederschwellige Suchthilfe kurz erklärt werden, auf welche sich die Erarbeitung der Fragestellung dieser These stützt.

2.1 Schizophrenie

Die Krankheitsbezeichnung der Schizophrenie entstammt dem schweizer Psychiater Eugen Bleuler, welcher darunter „die Aufspaltung des Denkens, Fühlens, und Wollens sowie des subjektiven Gefühls der Persönlichkeit“ (D’Amelio et al. 2007: 6) verstand. Damit bestehen in der Schizophrenie Störungen in psychischen Bereichen der Wahrnehmung, des Denkens, der Affektivität, des Antriebs und der Ich-Funktion, also des *bewussten* Wahrnehmens und Denkens und des Selbststuerns. Einerseits besteht die Schizophrenie aus Episoden der so genannten Positivsymptomatik oder auch Plussymptomatik genannt, welche auch als Psychosen zu bezeichnen sind. Dieser akute Schub der Krankheit beinhaltet das Erleben von Halluzinationen, Denkstörungen, wie auch wahnhaftige Ideen und Gedanken. Die Negativsymptomatik oder Minussymptomatik, umfasst persistierende Zustände, die zu einer chronischen Beeinträchtigung führen können und sich durch die Verarmung des Affekts, des Antriebs, des Denkens und der Psychomotorik, meist sehr gut zu erkennen in der Mimik der Betroffenen, auszeichnet.

Im internationalen Klassifikationssystem ICD-10 wird die Schizophrenie unter der Nummer F 20 zusammengefasst. Die Diagnose ist nur dann zu stellen, wenn ein Symptom der folgenden Gruppe 1-4 und zwei Symptome der Gruppe 5-8 vorhanden sind und nicht auf eine Intoxikation, ein Entzugssyndrom oder auf andere Erkrankungen zurückgeführt werden kann (vgl. ebd.):

1. Gedankenlautwerden, – Eingebung – Entzug – Ausbreitung
2. Kontroll- und Beeinflussungswahn; Gefühl des gemachten bezüglich Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwahrnehmungen
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen
4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (bizarrer Wahn)
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
6. Gedankenabreißen- oder Einschreibungen in den Gedankenfluss
7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien, Negativismus oder Stupor
8. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt

Als Unterformen gelten die hebephrene und katatone Schizophrenie, wie auch die Schizophrenia simplex und die der paranoiden Schizophrenie, die mit einem Anteil von 65% am häufigsten anzutreffen ist. Bei diesen Unterformen handelt es sich lediglich um klinische Prägnanztypen, die sich an Verlaufsbesonderheiten und Querschnittsbefunden orientieren (vgl. ebd.: 7). Die Lebenszeitprävalenz an einer Schizophrenie zu erkranken liegt weltweit zwischen 0.5 und 1.6%. Menschen mit einer Schizophrenie müssen sich meist in akuten Phasen in stationäre Behandlung begeben. Ob stationär oder ambulant; in der Behandlung ist die Pharmakotherapie mit der Einnahme von Antipsychotika ein wichtiger Bestandteil (vgl. ebd.: 12).

Der Ausbruch der Erkrankung erfolgt meist vor dem 35. Altersjahr, nicht selten vor dem Zwanzigsten, wobei bei Männern dieser meist früher erfolgt als bei Frauen. Dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit geht eine Prodromalphase voraus, in welchem oft schon ein sozialer Rückzug stattfindet und von Störungen im Bereich der Kognition, des Affekts und des sozialen Verhaltens gekennzeichnet ist. Etwa 20% der Erkrankten haben nach dem Ausbruch einer ersten Psychose die Chance auf eine volle Herstellung psychischer Gesundheit. Bei den anderen 80% kommt es zu einer Remission von unterschiedlicher Art und Stärke, die sich durch einzelne Symptome bis zu einer kognitiven und sozialen Beeinträchtigung auszeichnet (vgl. ebd. 11).

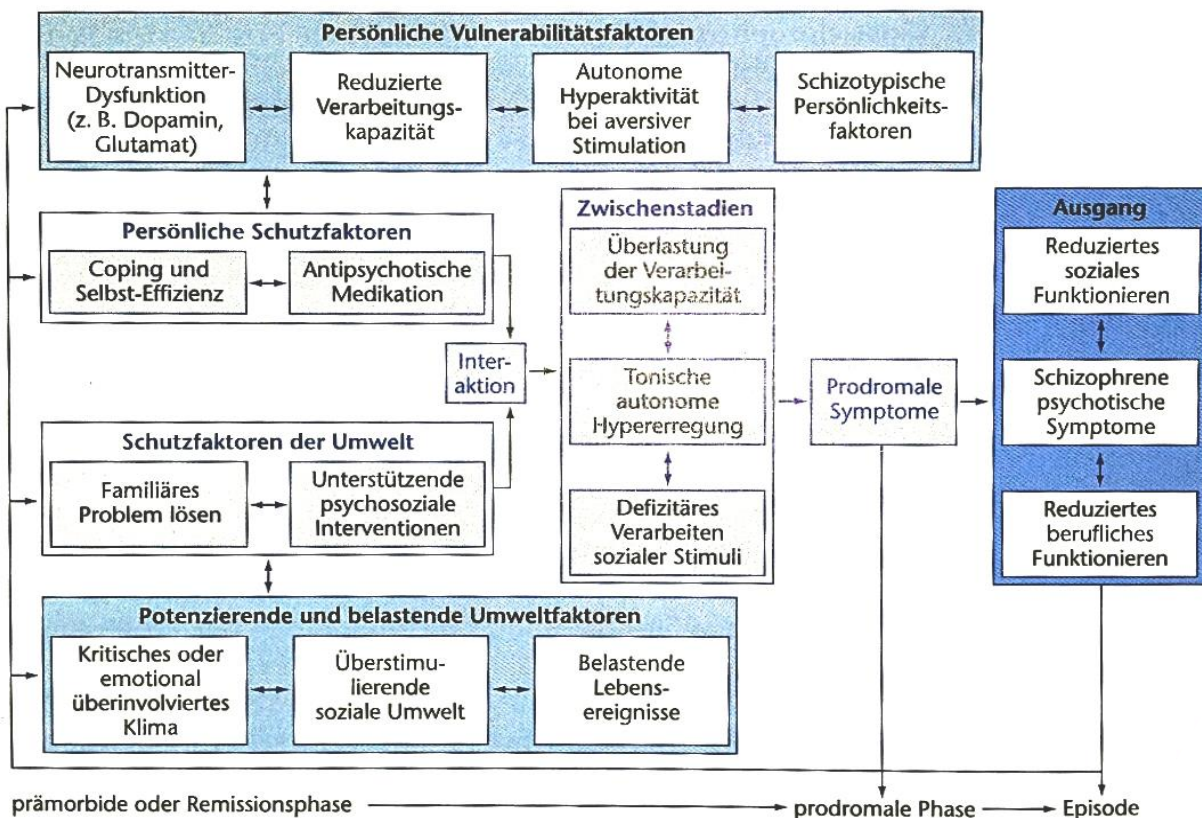


Abbildung 1:

Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-(Coping-) Modell der Schizophrenie nach Nüchterlein und Dawson (1984)

Das „*Vulnerabilität-Stress-Bewältigungsmodell*“ von Nüchterlein und Dawson (1984), dargestellt auf der vorgängigen Seite, bezieht neurologische, psychologische und soziale Faktoren gleichermassen in die Erklärung der Ätiologie von schizophrenen Erkrankungen mit ein und gilt momentan als das meist verwendete Modell um diese zu erklären.

Die *Vulnerabilität* geht von einer Disposition für den Ausbruch und die Manifestation einer Schizophrenie aus. Die obige Abbildung bietet dafür Beispiele von Dysfunktionen im Gehirn und schizotypischen Persönlichkeitsfaktoren. Diese können auf genetische oder nicht-genetische Einflüsse, wie etwa Geburtskomplikationen, zurückgeführt werden und gelten als permanenter Risikofaktor. *Stressoren* wie psychosoziale Überforderung oder ein belastendes soziales Klima können sich potenzierend und belastend auswirken und je nach *Bewältigungsmöglichkeiten (Coping)* zu einem Ausbruch der Schizophrenie führen. Laut Zwillings – und Adoptionsstudien kann das Risiko an einer Schizophrenie zu erkranken zu etwa 50% auf rein genetische Faktoren zurückgeführt werden (vgl. ebd. 8).

2.2 Die Abhängigkeitserkrankung

Im internationalen Klassifikationssystem wird eine Person dann als abhängig bezeichnet, wenn der Konsum einer Substanz eine gewisse problematische Tragweite annimmt. Dabei müssen nach ICD-10 mindestens drei der folgenden Kriterien während eines Jahres bestehen (vgl. ICD-10, 22).

1. Starker Wunsch oder Zwang eine Substanz zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mindern
4. Körperliches Entzugssyndrom
5. Nachweise einer Toleranz: Um eine entsprechende Wirkung durch den Konsum erzeugen zu können, werden höhere Dosen benötigt
6. Ein eindeutiges Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz, welche Regeln der gesellschaftlichen Normen ausser Acht lassen
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums
8. Anhaltender Konsum trotz des Nachweises eindeutiger Folgeschäden körperlicher, psychischer oder sozialer Art

Der Ursprung einer Suchterkrankung ist im Wesentlichen von der Interaktion zwischen Substanz, Individuum und Umwelt abhängig. Der erste Faktor ist die Substanz an sich, mit deren Suchtpotential, welche einerseits mit der Verfügbarkeit zusammenhängt. Andererseits jedoch auch stark mit der erlebten Wirkung, wie Enthemmung, Angstlösung oder Euphorie einhergeht. Eine prämorbid Persönlichkeitstruktur, darunter ist beispielsweise eine niedrige Frustrationstoleranz oder ein tiefes Selbstwertgefühl zu verstehen, beeinflusst wie stark das Individuum von der Wirkung durch den Substanzkonsum angesprochen wird und diese aufgrund von psychologischen Mechanismen immer wieder von Neuem verlangt. Auch soziale Gefüge und ihre Einflüsse, sei es durch prekäre Lebenslagen oder Vorbilder im familiären Umfeld oder der Peer Gruppe, ergeben einen entscheidenden Faktor. Aktuelle Lebensereignisse, vielfach krisenhafter Art, können einen finalen negativen Einfluss haben und eine Suchterkrankung zum Ausbruch bringen (vgl. ebd.: 23).

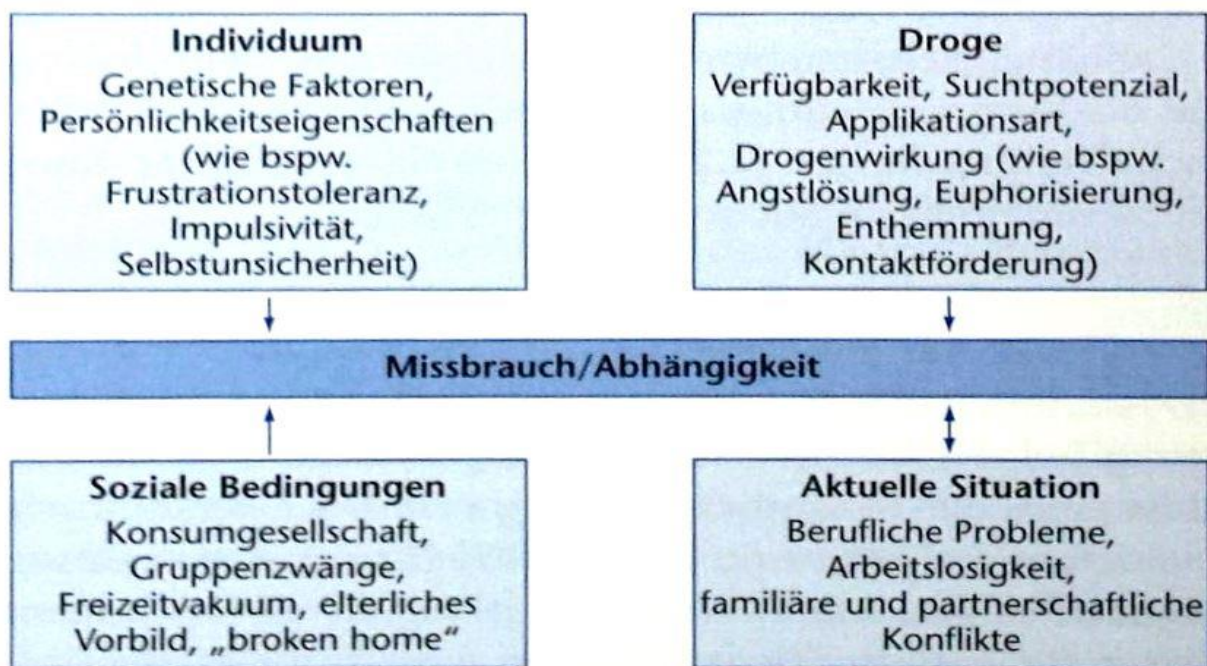


Abbildung 2: Entstehungsbedingungen für Sucht (D'Amelio et al. 2007: 23)

Auch hier haben Studien die Relevanz von genetischen Faktoren belegt: Beispielsweise konnten Adoptionsstudien ein bis zu vierfach höheres Risiko für die Erkrankung einer Alkoholabhängigkeit für Söhne biologischer Eltern mit einem Alkoholproblem aufweisen (vgl. ebd.). Dabei kann allerdings nicht von einem „Sucht-Gen“ an sich gesprochen werden, sondern von einem genetisch bedingten erhöhten Risiko einer Toleranzentwicklung.

Ebenfalls liegen Erklärungsansätze vor, die auf Neurotransmitterebene eine Dysfunktion des Belohnungssystems im Gehirn beschreiben. Im Falle einer solchen Dysfunktion stimuliert der

Konsum von Substanzen dieses Belohnungssystem und erzeugt so beim Individuum einen angenehmen Effekt des Erlebens, welcher sonst nur schwer erreicht werden kann.

Schlussendlich bieten verschiedene psychologische Schulen unterschiedliche Erklärungen: Nach lerntheoretischen Grundsätzen beispielsweise, wird eine Substanz wieder konsumiert, weil sie angenehme Gefühle weckt oder Negative wie Angst oder Trauer mindert. Aus systemtheoretischer Perspektive hingegen sind Süchtige Symptomträger konfliktreicher Beziehungssysteme (vgl. ebd.: 24 f.).

2.3 Niederschwellige Suchthilfe

In dieser Arbeit soll es nicht darum gehen zu beleuchten, inwiefern sich die verschiedenen Bereiche der Sozialen Arbeit bereits mit der Problematik der Menschen mit dieser komorbiden Erkrankung auseinandergesetzt haben und wo sie dies noch genauer tun müssen. Obwohl dies bestimmt auf vielen Ebenen interessante Perspektiven eröffnen könnte. Vielmehr will sich diese Theses auf den Bereich des niederschweligen betreuten Wohnens beschränken und aufzeigen weshalb dieser so wichtig ist.

Niederschwellige Suchthilfe geht einer Grundhaltung hervor, welche den Konsum von Substanzen, darunter werden meist illegale Stoffe verstanden, akzeptieren und somit nicht abstinenzorientiert arbeiten. Repression und Abstinenzorientierung haben sich in der Vergangenheit als nicht ausreichend tragfähig erwiesen, wodurch vielen Menschen, welche den Substanzkonsum nicht einstellen können oder wollen, Hilfe verwehrt wurde (vgl. Gastiger/Abstein 2012: 37). Mit dem Ziel der Schadensminderung existieren viele Angebote, welche diese Menschen im Alltag in unterschiedlichen Bereichen unterstützen, mit dem Auftrag Hilfe zum Überleben bereit zu stellen (vgl. ebd.: 38).

Niederschwellige Angebote zielen darauf ab, die Hemmschwelle für die Nutzer und Nutzerinnen möglichst tief zu halten, um einen besseren Zugang zu ihnen zu erlangen. Klienten und Klientinnen sollen da unterstützt werden, wo sie es individuell benötigen. Dabei wird auf deren Freiwilligkeit und der Wahrung ihrer Autonomie abgezielt und ihre Ressourcen berücksichtigt (vgl. ebd.).

Eine umfassende Betreuung von Suchtklienten und Klientinnen ergibt sich vor allen Dingen aus der Begleitung und Unterstützung im Alltag. Wohnangebote, die keine Abstinenz verlangen, sprechen eine Zielgruppe an, welche ansonsten von prekären Wohnverhältnissen oder gar Obdachlosigkeit betroffen wären.

2.4 Komorbidität und Doppeldiagnose

Mit dem Einführen von Klassifikationssystemen, wie etwa das in Europa verwendete ICD („*International Classification of Diseases*“) der Weltgesundheitsorganisation oder des DSM („*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*“) der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft, wurde es möglich, von Komorbidität oder Doppeldiagnose zu sprechen. Diese Fachausdrücke werden in vielen Fällen synonym angewendet und bezeichnen das gleichzeitige Auftreten von zwei Diagnosen. Beide Begriffe sind rein deskriptiv und sagen nichts über den Schweregrad der jeweiligen Diagnosen aus oder in welchem Zusammenhang die beiden Erkrankungen in der Entstehung in Beziehung zueinander sind (vgl. Moggi: 2007. 16). Auch in dieser Arbeit werden beide Begriffe angewandt, da sich diese Thesis klar auf die Diagnose der Substanzabhängigkeit und der Schizophrenie bezieht. Komorbidität und Doppeldiagnose ist allerdings nur als synonym zu verwenden, wenn die jeweiligen gemeinten Erkrankungen definiert sind.

Doppeldiagnose (zu Englisch: „*dual diagnosis*“) bezeichnet das gemeinsame Auftreten einer Abhängigkeitserkrankung mit einer psychischen Beeinträchtigung. Der Begriff macht keine Aussage darüber, um welche psychische Beeinträchtigung oder welche Substanzstörung es sich handelt. Auch der Zeitraum des gemeinsamen Auftretens ist nicht festgelegt. Eher selten geht es um das Auftreten zweier psychischer Beeinträchtigungen ohne das Auftreten einer Substanzabhängigkeit oder eines von Beiden mit einer körperlichen Diagnose (vgl. ebd.: 15).

Anders ist es beim Begriff Komorbidität (zu Englisch: „*comorbidity*“): Dieser entstammt von Feinstein aus dem Jahre 1970 und ist die einfache Bezeichnung zweier Morbiditäten, also das gemeinsame Auftreten zweier Krankheiten, dies allerdings unabhängig ob nun physischer oder psychischer Art (vgl. ebd.).

In validen epidemiologischen Studien aus den USA wurde eine mit 50% erhöhte Lebenszeitprävalenz für eine Substanzabhängigkeit festgestellt, wenn man an einer psychischen Beeinträchtigung leidet. Ähnliche Zahlen konnten auch für Europa bestätigt werden. Solche Studien beweisen unter anderem, dass es sich bei der Doppeldiagnose um echte Zusammenhänge und nicht nur um blosses zufälliges Auftreten zweier Diagnosen handelt (vgl. ebd.)

Im nächsten Kapitel wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich kausale Zusammenhänge von Doppeldiagnosen erklären lassen. Ätiologische Modelle bieten verschiedene Ansätze, inwiefern sich die jeweiligen Krankheiten in ihrer Entstehung beeinflussen. Dabei sollen zuerst zum allgemeinen Verständnis grundlegende Modelle erklärt werden, um danach spezifisch auf die Ätiologie der Komorbidität Schizophrenie und Abhängigkeit eingehen zu können.

3. Doppeldiagnosen: Ätiologische und andere Erklärungsansätze

3.1 Zusammenhänge psychischen Beeinträchtigungen und Abhängigkeiten

Aus ätiologischer Perspektive ist die Frage zu stellen, ob zwei Diagnosen gerechtfertigt sind, wenn sie sehr oft gemeinsam auftreten. So hat man beispielsweise herausgefunden, dass die Antisoziale Persönlichkeitsstörung in 84% der Fälle mit einer Substanzabhängigkeit einhergeht. Bei einer Doppeldiagnose von Abhängigkeit und Angststörungen ist die Rate immer noch signifikant, dennoch mit nur 24% um ein Erhebliches tiefer. Die Unterschiede im Auftreten von Doppeldiagnosen hat die Forschung dazu veranlasst, seit den späten Neunzigerjahren diese nicht mit gleichen ätiologischen Modellen erklären zu wollen. Während es sich bei der Antisozialen Persönlichkeitsstörung nun nur noch um eine Diagnose handelt, kann man den Zusammenhang von Substanz- und Angststörungen als eine komplexe Interaktion beider Diagnosen verstehen (vgl. Moggi 2007: 17).

Was für die Komorbidität der Schizophrenie und Abhängigkeit nicht von Bedeutung ist, betrifft das Phänomen der substanzinduzierten Symptome, wie etwa psychotischen Schüben nach exzessivem Substanzkonsum. Diese sind nicht zu verwechseln mit der Doppeldiagnose, weil die Symptome nach eine Abstinenzphase wieder abklingen und somit nicht zum Krankheitsbild der Schizophrenie gehören (vgl. ebd.: 18).

Um einen kurzen Überblick über die unterschiedlichen Erklärungsansätze der Zusammenhänge bei Doppeldiagnosen zu erhalten, werden hier drei übergeordnete Modelle dargestellt:

A) Es gibt keinen ätiologischen Zusammenhang zwischen Diagnose A und B:

Beide Krankheiten treten zwar gleichzeitig auf, dennoch besteht kein Zusammenhang zwischen ihnen. Weder sind sie noch auf die gleiche Ursache zurückzuführen, noch interagieren sie zusammen. Die Gemeinsamkeit ist also ein reiner Zufall (vgl. Lieb/Isensee 2007: 51).

B) Diagnose A und B können auf gemeinsame Ursachen zurückgeführt werden:

Davon ist die Rede, wenn entweder gemeinsame Vulnerabilitätsfaktoren bestehen, wobei Zwillingsstudien an dieser These zweifeln lassen. Oder gleiche exogene Ursachen, wie etwa familiäre Umweltfaktoren, der Grund für den Ausbruch beider Krankheiten sind (vgl. ebd. 2007:52).

C) Diagnose A und B weisen eine gemeinsame kausale Beziehung auf:

Dieser Erklärungsansatz bezieht sich darauf, dass eine Störung als primär und die Zweite als zeitlich sekundär auftritt. Eine psychischen Beeinträchtigung kann eine Substanzabhängigkeit begünstigen oder gar auslösen oder umgekehrt. Hierbei wäre von einem unidirektionalen kausalen Zusammenhang zu sprechen. Ein bidirektionaler Zusammenhang ist dann der Fall, wenn sich die beiden Krankheiten gegenseitig begünstigen. Bei Depressionen oder Angststörungen können Wechselwirkungen mit einer Substanzabhängigkeit vorkommen. Um diese komplexen Zusammenhänge erforschen zu können, benötigt es allerdings mehr Längsschnittstudien (vgl. ebd.: 52f.)

3.2 Die Schizophrenie und die Substanzabhängigkeit

Bereits Eugen Bleuler beschrieb das gleichzeitige Auftreten von Abhängigkeiten bei einer Schizophrenie, wie er etwa aus dem Jahre 1911 zitiert werden kann: „Der haltlose Schizophrene wird leicht Trinker. Wohl 10% unserer Alkoholiker sind zugleich Schizophrene.“ (zit. in Weber 2000: 8) Was die Korrelation der beiden Krankheiten betrifft, so war er allerdings anderer Meinung als die Empirie es heute ist; „in diesen Fällen ist der Alkoholismus wohl als Symptom der Schizophrenie aufzufassen.“ (ebd.)

Mehrere Quellen aus den USA beziffern, dass die Hälfte der Menschen mit einer Schizophrenie auch an einer Abhängigkeitserkrankung leiden (vgl. Soyka 2000: 1614, Stuyt et al. 2006: 166, Goswami et al. 2004: 140). Daten einer deutschen Studie aus Köln gehen von tieferen Werten aus, diese liegen nur bei 29%, wobei gerade der Anteil von Cannabisabhängigen bei jüngeren Patienten und Patientinnen an erster Stelle steht (vgl. Schnell/Gouzoulis-Mayfrank 2010: 92). Aus der Perspektive der Suchthilfe vermittelt eine Untersuchung von Grigoleit und Quabach aus einem Substitutionsprogram im deutschen Langenfeld, dass etwa 10% deren Teilnehmer an Psychosen leiden (vgl. Krüger/Quabach 2010: 215). Gerade bei Schizophrenen wird allerdings schnell von hohen Komorbiditätsraten ausgegangen. Dies lässt sich mit dem „*Berkschen Irrtum*“ von William Berkson (1949) beschreiben, welcher davon ausgeht, dass in Studien immer ein klinisches Kollektiv untersucht wird. Weil sich die Wahrscheinlichkeit mit jeder zusätzlichen Störung erhöht, dass sich jemand in Behandlung begibt, tritt er oder sie so auch eher in den Fokus der Forschung, was wiederum Berechnungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung verfälschen könnte (vgl. Mueser 2007: 110).

Nichtsdestotrotz ist das gemeinsame Auftreten einer Schizophrenie und Substanzstörung ein fester Bestandteil der heutigen Forschung und eine bekannte Konstante in der Suchthilfe. Im

Folgenden sollen verschiedene Erklärungsansätze dargestellt werden, welche auf die ätiologischen Zusammenhänge zwischen den beiden Krankheiten eingehen. Dennoch darf nicht vergessen werden, dass diese Modelle nur versuchen ein Abbild der Realität darzustellen, selten werden sie allerdings den komplexen Welten der Erkrankten gerecht (vgl. Krüger/Quabach. 2010: 229).

3.2.1 Ätiologie der Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung

Substanzinduzierte Psychosen gilt es nicht zu verwechseln mit Doppeldiagnosen. Beispielsweise sind alkoholinduzierte Psychosen in ihrem Auftreten ähnlich wie psychotische Schübe einer Schizophrenie, was auch im Gehirn mit einer Hyperaktivität des Thalamus messbar ist (vgl. Soyka 2000: 1613). Liegt allerdings keine alkoholinduzierte Psychose vor, so geht dieselbe Quelle davon aus, dass es die Abhängigkeit ist, die nach dem Ausbruch der schizophrenen Erkrankung sekundär auftritt. Dennoch wird erwähnt, wie schwer dafür verlässliche Studien umzusetzen sind, weil viele nur in der Retrospektive, also nach dem Ausbruch beider Störungen, ihre Beobachtungen machen können (vgl. ebd.).

Zwei Hypothesen, im Zusammenhang mit der Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung, werden in der Forschung am meisten diskutiert: Die eine Hypothese spricht davon, dass der Substanzkonsum dazu dient, Symptome der Schizophrenie oder auch Nebenwirkungen der Medikamenten zu regulieren. Man könnte hierbei von einer Art Selbstmedikation sprechen, wie es Goswami et al. tun und in ihrer Forschungsarbeit untersuchen (vgl. Goswami et al. 2000). Der Begriff der Selbstmedikation kann jedoch insofern zu Fehlinterpretationen anleiten, weil es sich lediglich um einen Versuch handelt, Affekte zu steuern, dies allerdings nicht als verlässliche Form der Medikation bezeichnet werden kann. Tatsächlich wurde dennoch herausgefunden, dass der Substanzkonsum einen Einfluss auf die Stärke der Negativsymptome zu haben scheint. Beispielsweise wurden Opiate zur Linderung von Angstgefühlen und Kokain gezielt zur Stimmungsaufhellung konsumiert. Hingegen können gerade starke Stimulanzien, zu dessen Gruppe auch Kokain gehört, akute psychotische Phasen provozieren (vgl. ebd.: 147f.). Die Autoren und Autorinnen kommen zum Schluss, dass sich diese Hypothese der Selbstmedikation nicht für alle schizophrene Patienten mit einer komorbiden Störung und den Konsum von allen Substanzen übertragen lässt (vgl. ebd.: 149).

Als Zweites wird von verschiedenen Verfassenden diskutiert, dass der Konsum von Substanzen wie Cannabis oder auch Kokain als Stressoren in der Vulnerabilität-Stress-Theorie fungieren können: Wichtig bei dieser Annahme ist zu beachten, dass der Ausbruch einer Schizophrenie im gleichen Masse von einer Vulnerabilität abhängig ist, also eine Anfälligkeit, die eine solche

überhaupt möglich machen muss. Der Substanzkonsum ist somit nie alleine Auslöser (vgl. Swofford et al 2000: 345). Für diese Hypothese spricht das Phänomen der konsumierenden Schizophrenen, die stärker an Positivsymptomen leiden. Es wird davon ausgegangen, dass der Konsum die Plusssymptome somit nicht nur verstärkt, sondern einen ersten Ausbruch der akuten Psychose auch früher herbeiführen kann. Auffällig ist, dass viele der vor allem Cannabis konsumierenden Schizophrenen im Verhältnis jünger sind als Menschen mit einer Schizophrenie ohne Substanzkonsum (Potvin et al. 2008: 76). In der Schweiz haben ungefähr zwei Drittel der schizophrenen Doppeldiagnosepatienten und Patientinnen eine Cannabisabhängigkeit (vgl. Walter 2014: 22).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich beide Hypothesen nicht unbedingt widersprechen müssen, sondern auch ergänzen können (vgl. Potvin et al.: 2008: 80). Gleichzeitig darf nicht vergessen werden, dass es sich bei der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung bei Menschen mit einer Schizophrenie nicht gezwungenermassen um einen direkten kausalen Zusammenhang der Krankheitssymptomatik und des Substanzkonsums handeln muss. Beispielsweise wurde in einer Erhebung von Schaub et al. der Konsum von Cannabis oftmals mit Langeweile begründet, was auch als Erklärung bei einem nicht Schizophrenen gelten könnte. Der Wunsch nach sozialer Integration und Anerkennung in der Peer Group kommt bei Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung sicherlich nicht weniger vor, als bei Menschen ohne psychiatrische Diagnose auch (vgl. Schaub et. al 2008: 1064). Auf dieses Thema wird auf der folgenden Seite näher eingegangen.

Auch Mueser et al. fassen unterschiedliche empirische Annahmen zusammen und beschreiben darin ebenfalls den Substanzkonsum als einen möglichen Stressor in der Vulnerabilität-Stress-Theorie. Dennoch merken sie kritisch an, dass keine Studie bis anhin beweisen konnte, ob etwa eine schizophrene Cannabisabhängige oder ein schizophrener Cannabisabhängiger keine Psychose hätte erleiden müssen, hätte er oder sie in ihrem Leben nie gekifft (vgl. Mueser et al. 2007:124 f.). Auch halten sie bidirektionale Modelle für möglich, in welchen sich die Schizophrenie und die Abhängigkeitserkrankung gegenseitig beeinflussen oder sogar teilweise bedingen können. Diese komplexen Vorgänge sind im Zusammenhang mit schizophrenen Erkrankungen allerdings noch zu wenig empirisch ergründet (vgl. ebd.: 127).

Wenn es darum geht, die Substanzabhängigkeit in ihrer Kausalität als sekundär zu beschreiben, so führen Mueser et al. weitere vier differenzierte Erklärungsansätze auf:

3.2.1.1 Das Supersensibilitätsmodell

Anlehnend an das Vulnerabilität-Stress-Modell geht man hier davon aus, dass Menschen mit einer Disposition zur Schizophrenie nur durch den Konsum von Substanzen alleine, also nicht aufgrund eines abhängigen Konsumverhaltens, an dieser erkranken. Studien zeigen, dass Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Abhängigkeit im Vergleich zu anderen Süchtigen weniger Suchtmittel konsumieren und sich diese dennoch sehr stark auf ihr Verhalten auswirken. Wie bereits genannt sind sie sensibler auf starke Stimulanzen wie Amphetamine oder auch Kokain als Menschen ohne Schizophrenie. Somit ist es ihnen nicht möglich über längeren Zeitraum einen gemässigten Substanzkonsum aufrechtzuerhalten, was schlussendlich in ein Suchtverhalten resultieren könnte (vgl. ebd. 118f.).

3.2.1.2 Das Iatrogene Vulnerabilitätsmodell

Dieses findet wenig empirische Unterstützung und basiert auf der Annahme, dass Substanzkonsum erfolgt, um alleine nur Nebenwirkungen der Medikation zu mindern. In Anbetracht der Tatsache, dass es so viele Doppeldiagnosepatienten und Patientinnen mit einer schlechten oder gar keinen Compliance gibt, wurde dafür nur wenig Evidenz gefunden (vgl. ebd.: 120).

3.2.1.3 Modell des dysfunktionalen Belohnungssystems

Dieses Modell geht von der Vulnerabilität von Schizophrenen für Substanzabhängigkeit aus und betrachtet diese als einen Teil der Neurologie der schizophrenen Erkrankung. Dadurch, dass das Belohnungssystem von Menschen mit dieser psychischen Erkrankung leichten bis hin zu schweren Dysfunktionen unterliegt, wird es durch den Substanzkonsum vorübergehend angeregt, was längerfristig zu einer Abhängigkeitsentwicklung führen kann (vgl. ebd.: 120 f.).

3.2.1.4 Das Modell Psychosozialer Risikofaktoren

Dieser Erklärungsansatz bezieht einerseits verschiedene soziale und andererseits psychologische Risikofaktoren mit ein. In Anbetracht einer schweren psychischen Erkrankung wie der Schizophrenie sind soziale Problematiken wie etwa Stigmatisierung und Marginalisierung eine feste Konstante im Leben von Betroffenen. Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und die Identifizierung mit Randgruppen können da insbesondere eine Rolle spielen, wo sich Menschen mit einer Schizophrenie ihren Anschluss in der Gesellschaft suchen müssen und es ihnen in bei bereits marginalisierten Personen leichter fällt. Machen sie nun die Erfahrung, dass der Sub-

stanzkonsum negative Gefühle nimmt, entstanden durch Nebenwirkungen von Medikamenten (siehe iatrogenes Vulnerabilitätsmodell), Negativsymptomen oder auch einfach nur als emotionale Folge von Ausschluss und Verstossen-Sein, wird dieser zur Affektregulation eingesetzt. Dies kann wiederum für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung stark förderlich sein. Weitere soziale Risikofaktoren wie Armut, ein problembehaftendes familiäres Umfeld oder der leichte Zugang zu Drogen können diesen Effekt verstärken (vgl. ebd.: 115-118).

3.2.2 Zusammenfassung

In diesem Teil des Kapitels wurden nun verschiedene Forschungsergebnisse, die zu unterschiedlichen modellhaften Erklärungsansätzen führten, nebeneinander dargestellt. Wenn nun Bezug genommen wird auf die grundlegenden drei Modelle, die in Kapitel 3.1 aufgeführt wurden, so lassen sich alle unter der dritten Variante, nämlich dass Diagnose A und Diagnose B einen gemeinsamen kausalen Zusammenhang aufweisen, subsumieren. Auch beim Modell der Psychosozialen Risikofaktoren kann davon ausgegangen werden, dass, auch wenn andere Menschen ebenfalls von den selben Risikofaktoren betroffen sein könnten, für Schizophrene ein besonderes Risiko dazu besteht, diesen ausgesetzt zu sein und eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. In Zusammenhang mit diesem Modell steht auch der Aspekt der Affektregulation stark im Zentrum. Was die These der Selbstmedikation oder der iatrogenen Vulnerabilität angeht, so gibt es einzelne Indizien, die auf dessen Wahrhaftigkeit hinweisen, dennoch konnten sie empirisch noch zu wenig erhärtet werden (vgl. ebd. 116 / 120).

Ganz klar sind alle diese Modelle und Erklärungsversuche wichtig, um Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Abhängigkeit besser verstehen zu können. Sie bieten auch Ansatzpunkte, in welche Richtung die Empirie weitere blinde Flecken aufdecken soll. Allerdings bleiben sie blosse Modelle, die versuchen ein objektives Abbild der Realität zu erschaffen und dieser eine Ordnung zu geben.

3.3 Die Wirkung einzelner Substanzen auf die Schizophrenie

Aus den Erklärungsversuchen der Affektregulation und der Selbstmedikation ist in dieser Arbeit bereits herausgegangen, dass unterschiedliche Substanzen differente Wirkungen auf die Symptome der Schizophrenie haben können, allerdings nicht unbedingt müssen. Interessanterweise wurde festgestellt, dass der Konsum von Alkohol zwar verheerende Folgen auf die Lebenslage von schizophrenen Menschen haben kann, beispielsweise durch die Tatsache, dass die Compliance sinkt, wenn diese Menschen trinken. Die Wirkung des Alkohols allerdings keinen merkli-

chen Einfluss auf die einzelnen Symptome der Schizophrenie hat (vgl. Soyka 2000: 1816). Bei illegalen Substanzen konnte allerdings das Gegenteil belegt werden (vgl. Swofford et al. 2000: 361).

Die sedierende Wirkung von Opiaten hat beispielsweise einen dämpfenden Effekt auf Positivsymptome der Schizophrenie. Wobei, ähnlich wie schon festgehalten bei übermäßigem Alkoholkonsum, der Missbrauch in eine prekäre Lebenslage führt, welche mögliche Psychosen zum Ausbruch bringen kann. Der ebenfalls sedierende Einfluss von Benzodiazepinen wird von vielen Menschen mit schizophrenen Erkrankungen als äusserst wirksame Form der Medikation empfunden. Doppeldiagnosepatienten und Patientinnen gelingt es allerdings selten, diese kontrolliert einzusetzen und durch den Mischkonsum mit Alkohol und anderen Substanzen können sie einen fatalen Effekt haben. Was die Wirkung von Stimulanzien wie Kokain oder Amphetaminen angeht, so sind diese für den Ausbruch von Plusssymptomen eher förderlich. Psychotische Episoden können nach langen und starken dysphorischen Zuständen gewollt durch den Konsum dieser Substanzen herbeigeführt werden, um Affekte wieder spürbar zu machen. Weniger klar lässt sich der Effekt von Cannabis erklären: Einerseits wird er als möglicher Stressor im Ausbruch einer schizophrenen Erkrankung als Psychose förderlich angesehen. Andererseits konsumieren viele komorbide Schizophrene Cannabis zur Entspannung, was nicht umgehend Positivsymptome triggern muss (vgl. Krause/Quabach 2010: 228-231). Wobei man hier davon ausgehen dürfte, dass die Menge und die Qualität des Stoffes einen Einfluss auf einen solchen Ausbruch haben können.

Menschen mit einer Schizophrenie und Substanzabhängigkeit missbrauchen nicht selten mehrere Substanzen gleichzeitig, wie etwa aus Erhebungen des Colorado Mental Health Institut herausgeht (vgl. Stuyt et al. 2006: 168). Diese Mehrfachabhängigkeit, auch als Polytoxikomanie zu bezeichnen, wurde Anhand eines Fallbeispiels eines schizophrenen Patienten von Krause/Quabach (2010: 230 f.) gut veranschaulicht dargestellt:

Der substituierte Herr B leidet lange unter einer starken Dysphorie, wirkt niedergeschlagen, verstimmt und antriebsarm. Eines Tages verlässt er für einige Tage die Einrichtung, mit dem Wunsch, Kontakt zu einer früheren Freundin aufzunehmen. Die mündet in folgenden Rückfallverlauf: B. raucht zunächst Cannabis und trinkt Alkohol. Anschliessend nimmt er, um sich zu stimulieren, Kokain und bemerkt verstärktes Stimmenhören. In der Angst herauf „hängen zu bleiben“ nimmt er Benzodiazepine und als ihm deren Wirkung nicht reicht, intravenös Heroin und kehrt anschliessen in die Einrichtung zurück. Das Ganze wirkt wie eine Kette von Fehlbehandlungen. B. bekämpft mit Kokain seine Dysphorie, ruft dann akute Psychosesymptome hervor, die er dann mit Heroin und Benzodiazepinen zu „kurieren“ versucht. Gleichzeitig weist der

Rückfallverlauf auch eine gewisse suchtspezifische Eigengesetzlichkeit auf. Herr B. scheint über keine andere Möglichkeiten der Affektregulation ausser der Zuführung psychotroper Substanzen zu verfügen.

Diese Schilderung zeigt zum einen deutlich, welche Wirkungen durch den Substanzkonsum ausgelöst - und zur Affektregulation auch gezielt gesucht werden. Gleichzeitig macht sie klar, inwiefern Menschen mit einer Substanzabhängigkeit und Schizophrenie versuchen handlungsfähig zu bleiben, auch wenn ihr Tun destruktiv erscheint. Durch das immer wieder von neuem Zuführen unterschiedlicher Substanzen wird probiert, dem Gefühlszustand Herr zu werden.

Mit diesem Kapitel wurde versucht, Zusammenhänge zwischen der schizophrenen Erkrankung und der Substanzabhängigkeit zu erklären und die Wirkung von Substanzen auf die Schizophrenie darzustellen. Um eine Brücke zur Thematik des Umgangs mit Doppeldiagnoseklienten und Klientinnen in niederschweligen betreuten Wohnsettings schlagen zu können, wird im folgenden Kapitel aufgezeigt, inwiefern sich die Störung der Schizophrenie und Abhängigkeit auf die Wahrnehmung und somit auf das Verhalten von Betroffenen ausüben kann. Aus diesen Erläuterungen soll unter anderem auch sichtbar werden, weswegen niederschwellige betreute Wohnformen so wichtig sind und was im Umgang mit dieser Klientelgruppe beachtet werden sollte.

4. Menschen mit der Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung und die Soziale Arbeit

In Zusammenhang mit dem Umgang mit dieser Doppeldiagnoseklientel im Kontext des betreuten Wohnens ist es auf der einen Seite nützlich, einen genaueren Einblick in die psychische Struktur der Betroffenen zu erhalten. Auf der anderen Seite stehen die sozialen Herausforderungen, vor welche diese Menschen gestellt werden. Hier liegt es an der Sozialen Arbeit aktiv zu werden, weil sie sich erstens mit ihrer Expertise einbringen - und zweitens so im Alltag Unterstützung leisten kann. Gleichzeitig ist sie dennoch angewiesen auf Wissensinhalte der Psychologie und Psychiatrie. In diesem Kapitel soll das Fachwissen der Psychologie auf einer ersten Ebene mit dem der Sozialen Arbeit verknüpft werden.

4.1 Störungen der Ich- Funktionen

Das Ich ist ein wesentliches Element unserer Persönlichkeit und bezieht sich auf dessen wahrnehmbaren Teil, ob dies nun bewusst oder unbewusst geschieht. Gleichzeitig ist es auch das Ich, welches mit unserer Umwelt interagiert und somit maßgeblich durch die gegenwärtigen oder vergangenen Beziehungen und Erlebnisse mit ihr beeinflusst ist. Einerseits sind Funktionen des Ichs in der Doppeldiagnose Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung gestört, Andererseits erfüllen die Suchtmittel ihren Zweck, um diesen Zustand erträglicher zu machen (vgl. Sadowski 2010: 62). Anlehnend an Sadowski werden hier die Ich-Funktionen, welche bei Personen mit einer Schizophrenie und Substanzabhängigkeit gestört sind, aufgeführt und mit der Bedeutung der Abhängigkeit in Zusammenhang gebracht.

4.1.1 Die Affektwahrnehmung

Affekte sind keine kognitive Prozesse, sondern Impulse unserer Emotionen. Menschen mit dieser Doppeldiagnose vermögen ihre Affekte kaum differenziert wahrzunehmen, was daran liegt, dass widersprüchliche Emotionen in ihrem Bewusstsein existieren, quasi als das Erleben von zwei Gefühlswelten. Dies führt zu der unangenehmen und unsicherer Wahrnehmung des eigenen Befindens und hat zur Folge, dass Gefühle kaum benannt werden können. Gleichzeitig vermögen Betroffene auch nicht Affekte des Gegenübers einzuordnen, was zu einer Zerrissenheit im Umgang mit sich selbst und anderen führt und durch den Konsum von Suchtmittel betäubt versucht wird (vgl. ebd.: 63).

4.1.2 Angsttoleranz

Die Angst ist ein wichtiger Affekt unserer Psyche. Sie gilt als Frühwarnsystem und ist im Stande in gefährlichen Situationen Energien so zu mobilisieren, damit wir diese abwehren oder vor ihnen flüchten können. Menschen mit einer Schizophrenie verspüren oftmals starke Angst, die allerdings auf keine konkrete Gefahr zurückgeführt werden kann, was eine Abwehr der Angst verunmöglicht. Hier setzt das Suchtmittel mit dessen Wirkung an, um diese zu bekämpfen. Nicht selten ist die Angst vor akuten Phasen der Schizophrenie für Betroffene allerdings der einzige wahrnehmbare Affekt. Wird dieser betäubt, kann ein inneres Gefühl der Leere entstehen, welches auch zu suizidalen Gedanken führen kann (vgl. ebd.: 64).

4.1.3 Frustrationstoleranz

Aus Folge der niedrigen Frustrationstoleranz bei Doppeldiagnoseklienten und Klientinnen fungiert das Suchtmittel als Tröster. Oftmals richtet ein niedriges Selbstwertgefühl den Fokus zudem verstärkt auf Erlebnisse des Versagens und des Abgewiesen-Werdens, was die tröstende Funktion des Substanzkonsums wiederum zu einem wichtigen Bestandteil der Affektregulation macht (vgl. ebd.: 64 f.).

4.1.4 Antizipation

Die Antizipation betrifft die Fähigkeit, vorausschauend wahrnehmbare Folgen des eigenen Handelns abschätzen zu können. Dabei geht es nicht darum, diesen Prozess kognitiv durchführen zu können, sondern die Unfähigkeit emotionale Folgen des eigenen Tuns in Betracht zu ziehen. So können zwischenmenschliche Beziehungen mit verletzenden Handlungen zerstört werden, ohne dabei zu bedenken, dass man emotional von den Personen abhängig ist, die verletzt wurden. Menschen mit dieser komorbiden Störung geraten so immer wieder in Situationen, die ihnen selbst schaden. Dazu gehört auch, dass sie die Folgen ihres Substanzkonsums nicht abschätzen können und sie dadurch unerwartet in eine nächste Krise befördert (vgl. ebd.: 65f.).

4.1.5 Realitätswahrnehmung

Die starke Verzerrung der Realität, besonders in akuten Phasen der Schizophrenie, macht es den Betroffenen nicht möglich, diese von der realen Wahrnehmung zu trennen. Dasselbe gilt auch für das Erleben von Beziehungen. Wahnhafte Vorstellungen in Bezug auf Personen der

Umwelt können nicht mehr von echten Erlebnissen mit ihnen auseinander gehalten werden. Diese Zerrissenheit wird durch den Einsatz von Suchtmitteln vorübergehend beruhigt (vgl. ebd. 66). Der abflachende Effekt gewisser Substanzen auf psychotische Symptome wurde in dieser Arbeit schon mehrfach erwähnt.

4.1.6 Leistungskompetenz

Die Leistungskompetenz betrifft das Vermögen, sich in gewissem Masse vor Über- oder Unterforderung zu schützen, indem eine Ausgewogenheit zwischen den eigenen Fähigkeiten und den Erwartungen von anderen besteht. Sadowski geht hierbei von der Leistungskompetenz in der Gestaltung von Beziehungen aus. Defizite in dieser Form können einerseits das Idealisieren von Beziehungen beinhalten, wobei ein derart hoher Anspruch an diese gestellt wird, welchem gar nicht gerecht werden kann. Oder auch das mangelnde Selbstvertrauen, welches sich negativ auf die Beziehung zu anderen auswirkt. Der Substanzkonsum dient hierbei zur Regulierung des Selbstwertes (vgl. ebd.: 67).

4.1.7 Gestaltung von Objektbeziehungen

Mit der Gestaltung von Objektbeziehungen wird die Fähigkeit verstanden, eine Beziehung zum Gegenüber im Ganzen eingehen zu können, das heisst mit dessen guten und schlechten Seiten. Menschen mit dieser Doppeldiagnose haben im Umgang mit anderen oftmals ein Schwarz-Weiss-Denken, sie können also nicht anerkennen, dass jede Person sowohl für die Beziehung Positives wie auch Negatives in sich trägt. Ambivalenzen werden nicht ausgehalten und so werden Menschen, die sie etwa enttäuscht haben, sogleich verstossen und andere hingegen idealisiert. Diese Bilder des Gegenübers werden durch Übertragungen eingefordert und so verstärkt und manifestiert. Für Betreuungspersonen bedarf es diesbezüglich grosse Achtsamkeit in der Beziehungsgestaltung zu Klienten und Klientinnen. Der Substanzkonsum ist hingegen abschätz- und dosierbar, behütet vor Frustrationen und bedient sie somit in ihrem Schwarz-Weiss-Denken (vgl. ebd.: 68).

4.2 Herausforderungen und Ressourcen von Betroffenen

Menschen mit einer Schizophrenie und einer Abhängigkeitserkrankung sind sehr absorbiert mit ihrer eigenen Gefühlswelt. Bedenkt man die krankheitsbedingten Schwierigkeiten, vor welchen sie in Bezug auf den Umgang mit ihren eigenen Affekten und der Interaktion mit ihrer Umwelt stehen, so ist dies kaum überraschend. Das Erleben dieser

inneren Zerrissenheit, macht das Gestalten von Beziehungen anspruchsvoll. Hinzu kommt die Tatsache, dass psychotische Schübe sie aus der Bahn werfen. Erstens trennt sich ihre Wahrnehmung von der Realität ihrer Umwelt. Zweitens resultiert die Notwendigkeit einer stationären Behandlung auch in eine räumliche Trennung ihrer Umgebung.

Gleichzeitig stellen Menschen mit einer Schizophrenie und Substanzabhängigkeit grosse Herausforderungen an ihr Umfeld. Wenn man bedenkt, dass sie so manchen Rahmen von professionellen Angeboten zu sprengen vermögen (vgl. Granholm et al. 2003: 311), ist es verständlich, dass sich der familiäre Rahmen oftmals ausser Stande fühlt, einen Umgang mit ihnen zu finden. Egal aus welchen Gründen auch immer, Tatsache ist oftmals der Verlust des familiären Rückhalts (vgl. Könemann 2010: 171).

Viele dieser Personen haben Mühe auf dem ersten Wohnungsmarkt, wie die meisten Menschen mit einer starken Abhängigkeitserkrankungen (vgl. Akeret 2014: 5f.). Zum einen sicherlich aufgrund der knappen Wohnungslage, wie es in Städten wie Zürich der Fall ist. Neben fehlenden finanziellen Ressourcen können sie auf Grund ihrer marginalisierten Gesellschaftsstellung den vielen anderen Wohnungsinteressenten kaum die Stirn bieten. Zum anderen sind die meisten Personen mit einer derart schweren psychischen Erkrankung wie die der Schizophrenie auf Betreuung angewiesen. Kommt eine Abhängigkeitserkrankung hinzu, benötigen sie erst recht Unterstützung im Meistern ihres Lebens. Auf die Notwendigkeit der niederschweligen stationären Betreuung wird im Kapitel 4.3 mehr eingegangen.

Die Problematik der Obdachlosigkeit ist aus mehreren Quellen zu verzeichnen (vgl. Könemann 2010: 171, Mueser et al. 2007: 127, Soyka 2000: 1615). Mit der Schadensminderung, die neben der Prävention, Therapie und Repression eines der vier Eckpfeiler der Schweizer Drogenpolitik darstellt, wurden viele niederschwellige Angebote für Personen geschaffen, die weiterhin am Konsum von Substanzen festhalten wollen oder nicht anders können. Kommt aber neben der Abhängigkeitserkrankung eine Schizophrenie hinzu, so macht es sie vielfach betroffen vom so genannten „Drehtüreffekt“ (Vgl. Granholm et al. 2003: 311): Aufgrund der hohen Rate der Rehospitalisierung und Rückfällen nach abstinenter Phasen (vgl. Stuyt et al. 2006: 166), ist eine stabile Wohnsituation immer wieder gefährdet. Szenarien wie das Verlieren von betreuten Wohnplätzen durch unhaltbares Verhalten oder mangelnde Kooperation und die darauf folgende Obdachlosigkeit führen zu psychischen Krisen, die eine Hospitalisierung immer wieder von Neuem nötig machen. Zudem erhöht der Aufenthalt in prekären Wohnverhältnissen oder das Leben auf der Strasse das ohnehin schon bestehende Risiko für Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis C (vgl. ebd.).

Ebenfalls ist aus manchen Quellen zu verzeichnen, dass diese Doppeldiagnoseklientel vermehrt in die Kriminalität gerät (vgl. Stuyt et al. 2006: 166, Könemann 2010: 171). In Anbetracht der Illegalität, in welcher sie sich aufgrund der Abhängigkeitserkrankung von verbotenen Substanzen bewegen, sei es nun durch den Umgang mit der Droge alleine oder auch durch Beschaffungskriminalität, ist dies als eine stetig problematische Konstante in ihrem Leben zu bezeichnen. Obwohl die Substitution dem entgegenwirken kann, ist der Beikonsum für viele nicht wegzudenken. All dies birgt grosse Risiken für den sozialen Abstieg und die ständige Gefahr, mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten (vgl. Könemann 2010: 171).

Eine marginalisierte Lebensweise durch das Scheitern in der Arbeitswelt oder negative Erfahrungen im Zusammenhang mit Obdachlosigkeit, Haftstrafen, Prostitution oder auch Zwangsbehandlungen, wie sie in der Schweiz etwa durch fürsorgliche Freiheitsentzüge (FU) der Fall sind, gehören zu den Biografien der meisten dieser Doppeldiagnoseklienten und Klientinnen (vgl. Krüger/Quabach 2010: 227). Diese Menschen durchleben hochgradig stressreiche Situationen, welche für manche Anderen stark traumatisierend wären, dass sie sie kaum unbeschadet überstehen würden. Es lässt sich die Behauptung aufstellen, dass Menschen mit einer Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung als sehr stressresistent bezeichnet werden können, weil sie von all diesen Erlebnissen keine merklichen psychischen Schäden davonzutragen scheinen (vgl. ebd.: 228).

Ebenfalls besitzen Schizophrene mit Substanzabhängigkeit mehr Erfahrungen in sozialen Kontakten, intimen Beziehungen oder teilweise auch alltagspraktischen Fähigkeiten als Menschen mit einer Schizophrenie ohne Substanzmissbrauch von illegalen Drogen. Haben Menschen mit einer Schizophrenie keine Lebenserfahrung ausserhalb der Primärfamilie, beispielsweise wenn sie von dieser gleich in einer institutionellen Wohnform untergebracht werden, so wirken sie nicht selten retardiert. Menschen mit einer Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung hingegen mussten sich in der Subkultur der Drogenkonsumenten behaupten. Sie mussten den Anforderungen des Verhandeln oder des Freundschaften-Knüpfens gerecht werden, was auch als Möglichkeit der sekundären Sozialisation bezeichnet werden kann (vgl. ebd. 228).

4.3 Der Kontext des niederschweligen betreuten Wohnens und seine Relevanz

Betrachtet man die sozialen und psychischen Herausforderungen, vor welchen diese Menschen stehen, ist klar, dass die Soziale Arbeit auf diese reagieren muss und dies vielerorts bereits getan hat. Fasst man die Erkenntnisse des letzten Kapitels zusammen, so ergeben sich für Betroffene riskante Konstanten wie Obdachlosigkeit, Infektionsgefahr für Krankheiten und fortwährende Rehospitalisierung. Es wurde herausgefunden, dass wenn Menschen mit dieser

Doppeldiagnose in betreuten Wohnsettings Stabilität erlangen können, dieser „*Drehtüreffekt*“ weniger oft eintritt (vgl. Granholm et al. 2003: 311).

Sogar in der Literatur über die Therapie von Menschen mit dieser komorbiden Störung besteht die Ansicht, dass eine vollkommene Abstinenzorientierung schwer umzusetzen ist, weil somit jeder Rückfall zum Therapieausschluss führen würde (vgl. D'Amelio et al. 2010: 125). Doch auch Menschen, die nicht ohne Substanzkonsum leben wollen oder können, haben das Recht auf menschenwürdige Lebensbedingungen. Ganz egal ob es sich bei der Therapie von Doppeldiagnosepatienten und Patientinnen um eine unmögliche Mission handelt (vgl. Chow et al. in: Moggi 2014: 15), so wäre es doch ethisch äusserst fragwürdig, wenn nur alleine deshalb Wohnmöglichkeiten geschaffen würden, welche nicht auf einer solchen abzielen. Ob Menschen es nicht schaffen oder sich schlichtweg für einen Lebensweg mit Substanzkonsum entscheiden, ist irrelevant und dies gilt es zu akzeptieren.

Gerade weil sich diese Menschen in oftmals prekären Lebenslagen befinden und das Überleben alleine schon zu ihrer Lebensaufgabe gehört, ist eine professionelle Unterstützung in Alltagsfragen nötig. Allerdings ist das Problem, dass Personen mit einer Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung instabile Wohnverhältnisse haben, in vielen Fällen auch darauf zurückzuführen, dass sie mit hochschwelligem Angeboten schlichtweg nicht zurechtkommen. Beispielsweise haben sie Mühe, abgemachte Termine wahrzunehmen (Swofford et al. 2000: 351), weshalb ein Wohnangebot auf diese Unverbindlichkeit eingehen können muss. Auch die Tatsache, dass es den wenigsten möglich ist einer Tagesstruktur nachzukommen, schliesst sie aus stark strukturierten Wohnangeboten aus, welche eine solche zu einer Grundvoraussetzung für einen Wohnplatz machen.

Niederschwelligkeit heisst keinesfalls, dass die Betreuung lose und konzeptarm ist. Gerade weil der Schwerpunkt bei der individuellen Betreuung der Klienten und Klientinnen ansetzen soll, um sie da zu unterstützen wo sie es brauchen, bedarf es einen wachsam professionellen Blick für die Situation der Betroffenen und eine gute Vernetzung mit anderen Institutionen und Fachkräften. Die akzeptierende Haltung und das Respektieren, dass diese Klientel keine Verhaltensänderung beabsichtigt, leisten gleichzeitig einen grossen Beitrag dazu, dass sie sich helfen lassen wollen. Nur so gelingt eine Risikominimierung der im vorherigen Kapitel festgehaltenen sozialen Problemstellungen (vgl. Gastiger/Abstein 2012: 37 f.). Schlussendlich verlangt die anspruchsvolle Begleitung von Menschen mit einer Schizophrenie und Abhängigkeit gute professionelle Rahmenbedingungen, welche die Mitarbeitenden mit Gefässen wie Supervision, einen regelmässigen Austausch im Team und weiteren Massnahmen vor Überbelastung schützen.

Im nächsten Schritt soll die Perspektive der Herausforderungen, vor welchen Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung stehen, zu den Herausforderungen der Professionellen im Umgang mit ihnen, gewechselt werden.

4.4 Umgang mit Menschen mit einer Schizophrenie und Abhängigkeit

Die Wissensinhalte dieses Kapitels beziehen sich unter anderem auf Expertisen von Fachleuten aus der Psychologie und der Sozialen Arbeit und geben Vorschläge, in welcher Art und Weise Menschen mit einer Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung entgegengetreten werden kann. Nicht immer weisen diese allerdings empirische Validität auf, was ein Beweis dafür ist, dass sich diesbezügliche Kenntnisse noch weiter entwickeln müssen. Dennoch sind sie plausibel und stammen von Fachkräften mit jahrelanger Erfahrung im Umgang mit dieser Klientelgruppe.

4.4.1 Einige Worte zur Grundhaltung in der Arbeit mit dieser Klientengruppe

Eine Haltung ist immer subjektiv und nicht alle Professionelle teilen sich ein und dieselbe. Dennoch werden in verschiedenen literarischen Quellen Aspekte betont, die ganz klar nicht als Handlungsanleitungen zu verstehen sind. Gerade weil in der niederschweligen Suchthilfe der Fokus auf eine individuelle Unterstützung von Klienten und Klientinnen gelegt wird, genießt sie eine gewisse Flexibilität im Berufsalltag, was wiederum eine differenzierte Grundhaltung nötig macht. Aus diesem Grund soll dieses Unterkapitel vor konkreten Handlungsmöglichkeiten auf einige Grundhaltungen eingehen.

Ein Zitat aus früheren Zeiten der Gassenarbeit scheint hierfür als Einstieg sehr passend, auch wenn diese nicht dieselben Akzente der niederschweligen Arbeit setzen soll und kann: „Wer immer sofort handeln und „lösen“ will, wird sich selbst stark funktionalisieren und sich damit die Möglichkeit zu vertrauensvollen Kontakten verschliessen.“ (Mauerer 1992: 24). Dieses Zitat macht auf zwei Dinge aufmerksam: Zum einen ist ganz klar die Rede von dem Nicht-Aushalten-Können von Situationen wie sie sind, auch wenn oftmals tragisch und bedürftig. Des Weiteren auch, dass Fachpersonen schnell in die Falle geraten, sich in einer Art Aktionismus zu verlieren, der keine der Situationen begünstigt. Auch wenn das Zitat auf die aufsuchende Soziale Arbeit der Gasse bezogen ist, so besteht diese Gefahr auch in der niederschweligen Suchthilfe, in welcher Menschen mit der komorbiden Störung Schizophrenie und Sucht anzutreffen sind. Diese Menschen nehmen niederschwellige betreute Wohnangebote wahr, weil die Hochschwelligeren und Therapieorientierten vieles wollen, was sie gar nicht wünschen.

Zum anderen verliert man, wie im Zitat erwähnt, das Vertrauen von Klienten und Klientinnen, wenn sie sich nicht anvertrauen können und ständig Angst haben müssen, dass ihre Betreuungsperson gleich ins Handeln übergeht. Dasselbe gilt auch dafür, dass sich diese Klientengruppe in niederschwellige Wohnformen begibt, weil Abstinenz für sie kein Thema ist. Somit gilt es für Fachpersonen bis zu einem gewissen Grad auszuhalten, wenn ihre Klienten und Klientinnen ihnen auch im berauschten Zustand entgegen treten.

Klienten und Klientinnen sollten als Experten für ihr Leben anerkannt werden und es liegt an den Professionellen, sie zu befähigen, anhand ihrer Ressourcen ihr Leben zu meistern. Wohl kaum werden Klienten die Krise lösen können mit den Fähigkeiten die sie gerne hätten, sondern mit den Fähigkeiten die sie haben (vgl. Lutz 2010: 63). Passend dazu geht das Konzept des „*Empowerment*“ davon aus, dass es der Klient oder die Klientin ist, der oder die entscheiden kann, wann er oder sie Hilfe benötigt und wann nicht (vgl. Gastiger 2012: 60). Diese Grundhaltung ist wichtig und betont den Respekt und die Rolle der Professionellen als Wegbegleitende (vgl. Niestrat 2010: 49).

Schwieriger wird es dann, wenn Klienten und Klientinnen in eine Krise geraten, wenn der Kontakt zu ihnen schwer aufrecht zu erhalten ist und wenn die Suchtproblematik den Alltag bestimmt. Dann treten „*Empowerment*“ und gemeinsame Expertise eher in den Hintergrund. Vor allem wenn Klienten und Klientinnen wahnhaft und psychotisch werden, können Verständnis und Empathie auch gefährlich sein (vgl. Schnell/Gouzoulis-Mayfrank 2010: 97). Dann gilt es sich abzugrenzen und zu signalisieren, dass man diese Wahnideen nicht mehr nachvollziehen kann. Dabei geht es nicht darum, die Psychose zu verteufeln, denn sie ist auch ein Teil der Person und dies ist so anzuerkennen (vgl. Niestrat 2010: 62). Dennoch ist es wichtig, sich von psychotischen Wahrnehmungen zu distanzieren.

In suchtbedingten Krisen sollte versucht werden, den Konsum von psychotropen Substanzen als Lösungsversuch anzuerkennen. Auch wenn dies zerstörerisch wirkt, so stellt diese Ansicht dennoch diese Destruktivität in den Schatten und die Person mit ihren Bedürfnissen wieder in den Vordergrund (vgl. Könemann 2010: 171).

Im Übrigen ist eine gewisse Distanz in der Arbeit wichtig. Dies sicherlich auch, weil Menschen mit dieser komorbiden Störung manchmal distanzlos sein können. Das Betreuungsteam muss sich gegenseitig stärken und stützen und vor allen Dingen den reflektierten Austausch fördern. Supervision ist, wie bereits genannt, ein sehr wichtiges Gefäß und soll genutzt werden (vgl. Könemann 2010: 173).

4.4.2 Handlungsanregungen zum Umgang mit Klienten und Klientinnen

Bereits wurde erwähnt, dass sich die Theorie der Sozialen Arbeit noch eher weniger mit der Klientengruppe der Menschen mit einer Doppeldiagnose, egal welcher Art, auseinandergesetzt hat. Aus dem Bereich der Psychologie wurde allerdings die Methode des „*Motivational „Interviewing (MI)*“ für die sozialarbeiterische Beratung übertragen. Die von Miller und Rollnick entworfene Gesprächsmethode beinhaltet Elemente wie aktives Zuhören, eine wertschätzende Grundhaltung Klienten gegenüber und die Betonung derer Selbstverantwortlichkeit. Durch das Aufschlüsseln der inneren Ambivalenz und die Anregung, Vor- und Nachteile für Änderungsprozesse abzuwiegen, sollen diesbezüglich positive Veränderungen bei Klienten und Klientinnen möglich werden. Gerade im Zusammenhang mit Suchtpatienten wurde das MI vermehrt angewandt. Auch im Umgang mit Doppeldiagnosepatienten konnten bereits einige gute Erfahrungen gemacht werden, beispielsweise wenn es um die Erhöhung der Compliance ging (vgl. Westra et al. 2011: 646).

Auch wenn in der niederschweligen Betreuung von Suchtklienten zu akzeptieren gilt, dass die Klientelgruppe keine markanten Verhaltensänderungen, wie etwa das Aufgeben des Substanzkonsums, umsetzen will, so kann dennoch zielorientiert gearbeitet werden. Obwohl es nicht unbedingt um grosse Sprünge wie das Aufbauen einer Tagesstruktur gehen muss, so können kleine Veränderungsprozesse, sei es in der Teilnahme an Ausflügen, im Planen des Besuchs eines Familienangehörigen oder im Einhalten von Terminen, einen grossen Teil zur Zufriedenheit und Stabilität der Klienten und Klientinnen beitragen. Es geht ganz klar nicht um therapeutische Gespräche, dies ist nicht der Auftrag von Professionellen in betreuten Wohnsettings. Zudem ist das MI auch keine Therapieform sondern nur eine Möglichkeit der Gesprächsführung, Klienten beim Sortieren von Ambivalenzen zu unterstützen, wozu mache Doppeldiagnoseklienten in stabilen Phasen durchaus in der Lage sein können (vgl. ebd.).

Ein weiter wichtiger Aspekt der niederschweligen Wohnbetreuung besteht darin, die Klientel zu unterstützen, wo sie es wünschen und brauchen. Diese individuelle Behandlung kann manchmal auch zum Unmut von Klienten und Klientinnen führen, wenn sie finden, es werde mit unterschiedlichen Ellen gemessen, was tatsächlich so ist und manchmal unfair wirken kann. Dem entgegen wirkt die konsequente Einhaltung dieser individuellen Betreuung, wobei jeder oder jede Einzelne zu spüren bekommen muss, dass man spezifisch auf ihre oder seine Bedürfnisse eingeht (vgl. Niestrat 2010: 53).

Im Allgemeinen müssen Betreuungspersonen bereit sein, die sehr ambivalenten und heftigen Affekte von Personen mit dieser Doppeldiagnose auszuhalten. Dabei dürfen sie sich nicht von Abwertung oder auch einer Idealisierung irritieren lassen, sondern ihnen stabil gegenüberstehen

(vgl. Sadowski 2010: 71). Zudem ist manipulatives und dissoziales Verhalten oftmals eine Strategie, mit welcher sie in der Vergangenheit gelernt haben zurechtzukommen. In der Beschaffung von Substanzen ist Sanftmütigkeit nun mal nicht die Kompetenz, die am meisten zielführend ist (vgl. Könemann 2010: 175). Gleichzeitig ist es so, dass viele Schizophrene mit einer Abhängigkeit oftmals bereits früher erkrankt sind. Dies hat zur Folge, dass die Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz nicht vollkommen überwunden werden konnte. Pubertäres Verhalten kann auch bei jungen Erwachsenen mit dieser komorbiden Störung immer noch zum Ausdruck kommen (vgl. Krüger/Quabach 2010: 226).

Zur Unterstützung der Klienten und Klientinnen im Alltag gehört auch ihnen zu helfen, die für sie relevanten Kontakte zu anderen Fachpersonen aufrechtzuerhalten. Menschen mit einer Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung, welche niederschwellig Wohnangebote in Anspruch nehmen müssen, sind nicht mehr erwerbsfähig und erhalten auf Grund der Diagnose Schizophrenie eine Invaliditätsrente. Unterliegen sie einer Beistandschaft, hält diese auch die Geldverwaltung inne. Natürlich bergen finanzielle Fragen viel Konfliktpotential in sich. Insofern gilt es auch als Entlastung der Sozialarbeitenden in betreuten Wohninstitutionen, wenn solche Dinge ausgelagert werden können. Dennoch benötigen Klienten und Klientinnen oftmals Begleitung im Aufrechterhalten des Kontaktes zu Beiständen und Beiständinnen. Dies kann regelmässige Standortgespräche oder auch nur das Nachfragen, wie der Termin mit ihnen abgelaufen ist, beinhalten. Nicht immer sind Klienten und Klientinnen transparent oder manchmal vergessen sie Termine einfach nur einzuhalten. Auch können sie sich teilweise an deren Inhalte nicht mehr richtig erinnern oder haben Mühe, Informationen eins zu eins weiter zugeben. Eine für Klienten transparente interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen der versorgenden Stelle und Sozialarbeitenden in betreuten Wohnsettings ist deswegen sinnvoll.

Auch der Kontakt zu Psychiatern oder anderen Ärzten gehört zur festen Konstante im Leben von Menschen mit einer Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung. Viele von ihnen werden opiatsubstituiert, was eine regelmässige ärztliche Verbindung neben der Verordnung und Abgabe antipsychotischer Medikation zur Folge hat. Sind Menschen mit einer Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung ihren Bedürfnissen endsprechend nicht ausreichend oder ungeeignet psychiatrische versorgt, so wirkt sich dies massgeblich auf ihr Verhalten aus. Die Compliance ist ein sehr wichtiger Faktor. Wenn diese nicht sichergestellt werden kann, so besteht die Arbeit der Sozialarbeitenden in betreuten Wohnformen mehrheitlich aus Kriseninterventionen¹.

¹ Die Autorin erlaubt es sich, Ausführungen in den letzten beiden Abschnitten dieses Kapitels aus ihren professionellen Erfahrungen und ihrem Wissen über die Situation von Menschen mit einer Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung darzulegen.

5. Interprofessionelle Kooperation

Dieses Kapitel zeigt auf, wo die Verantwortlichkeit und Kompetenz der Sozialen Arbeit aufhört und wo in der Betreuung von Menschen mit einer Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung andere Professionelle involviert sind. Durch den anspruchsvollen Umgang mit dieser Klientelgruppe ist eine enge Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften nötig und sinnvoll.

Vor der Darlegung möglicher Herausforderungen der interprofessionellen Kooperation wird zunächst auf die Auswirkungen der medikamentösen Therapie eingegangen. Daraufhin werden involvierte Instanzen im Hilfesystem kurz vorgestellt, um einen theoretischen Bezugs zur Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Fachkräften der Sozialen Arbeit und anderen Professionen erschaffen zu können.

5.1 Die Medikation und die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und der Psychiatrie

Menschen mit einer Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung benötigen eine psychiatrische Behandlung, welche sich durch die therapeutische und pharmazeutische Begleitung durch Fachleute der Psychiatrie auszeichnen soll (vgl. D'Amelio et al. 2007: 12). Therapeutische Gespräche können etwa durch Psychoedukation über die schizophrene Symptomatik und Suchtdynamiken grosse Unterstützung bieten. Dennoch ist der Einsatz von pharmazeutischen Substanzen ein wichtiger Bestandteil der Gewährleistung einer stabilen Lebenssituation (vgl. Niestrat 2010: 53).

Antipsychotika, auch Neuroleptika genannt, lassen sich in die Kategorie *typisch* und *atypisch* unterscheiden: Die typischen Antipsychotika beziehen sich auf konventionelle Medikamente der ersten Generation, welche sich vor allen Dingen durch stärkere Nebenwirkungen im Bereich von extrapyramidalen-motorischen Störungen, ähnlich wie bei Symptomen der Parkinsonkrankheit, auszeichnen. Atypische Medikamente hingegen wurden später entwickelt, haben weniger starke Nebenwirkungen und einen niedrigeren Einfluss auf die Kognition. Ebenfalls besteht eine Unterscheidung in *hochpotent* und *niedrigpotent*, wobei die Höhe der Potenz im Zusammenhang mit der antipsychotischen Wirkung steht. Niedrigpotente Medikamente haben dafür einen stärker sedierend und angstlösenden Wirkungseffekt (vgl. D'Amelio et al. 2007: 14).

Aus verschiedenen Quellen ist zu verzeichnen, dass die Compliance von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und Schizophrenie ein grosses Problem darstellt (vgl. Soyka 2000:1615, Stuyt et al. 2006: 166). In Anbetracht der Tatsache, dass die Nicht-Einnahme von Medikamen-

ten zu Psychosen führen kann, ist dies automatisch mit krisenhaften Episoden verbunden, welche sich für Betreuungspersonen der Sozialen Arbeit und das ganze Wohnsetting als problematisch erweisen können. Weil der Substanzkonsum einen Teil zur Affektregulation beiträgt, besteht die Gefahr, dass psychotische Wahrnehmungen durch den Konsum von psychotropen Substanzen zu kompensieren versucht werden, wie es das Fallbeispiel im Kapitel 3.3 bereits beschrieben hat. Obwohl Medikamentennebenwirkungen als Auslöser von Abhängigkeitserkrankungen bei Schizophrenen in vielen Quellen relativiert wurden, kann der Substanzkonsum auch hier als Affektregulation fungieren und bei unangenehmen Folgen von Medikamenten vermehrt auftreten (vgl. Soyka 2000: 1616). Gleichzeitig haben gewisse Antipsychotika indirekt einen Einfluss auf das Konsumverhalten, wie es bereits bei der Verschreibung von Quetiapine beobachtet werden konnte. Dies in Zusammenhang mit einem positiven Einfluss auf Negativsymptome (vgl. Potvin et al. 2008: 76) oder auch mit einem verminderten Alkoholkonsum (Stuyt et al. 2006:167). In Studien haben sich antipsychotische Medikamente zudem unterschiedlich auf den Therapieerfolg von Suchtpatienten mit einer Schizophrenie ausgewirkt (vgl. ebd.: 171). Obwohl die Suchttherapie in niederschweligen Wohnangeboten nicht zum Thema kommen muss, ist die Menge des Beikonsums dennoch entscheidend für die Stabilität der Klienten und Klientinnen. Somit sollte der Zusammenhang von Konsumverhalten und Art der pharmazeutischen Behandlung nicht einfach ignoriert werden.

Die geeignete Medikation gelingt also nur in guter Absprache und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass ihre Wirkung von jedem Patienten individuell empfunden wird (vgl. Eggers et al. 2010: 79). Gleichzeitig können Anzeichen von paranoiden Wahnideen als Frühwarnsystem einen wichtigen Beitrag in der Abfederung von krisenhaften Phasen, durch die Verschreibung einer temporären höheren Dosis, dienen (vgl. ebd.: 81).

Alle diese Erkenntnisse sind ein Beweis dafür, dass eine angemessene Betreuung dieser komorbiden Klientelgruppe nur optimal funktionieren kann, wenn sich Empfindungen im Alltag und die allgemeine Lebenssituation auf die Art der medikamentösen Behandlung abstimmen können. Bedingt dadurch, dass viele Doppeldiagnoseklienten und Klientinnen Mühe haben ihre emotionale Befindlichkeit auszudrücken, ist ein Feedback von Seiten der Sozialarbeitenden in betreuten Wohnformen oftmals wichtig. In manchen Einrichtungen wird von den Klienten und Klientinnen eine Schweigepflichtentbindung verlangt. Durch den regelmässigen Austausch können so krisenartigen Situationen besser entgegengewirkt und diese auch besser gemeistert werden. Keine Zusammenarbeit mit Fachpersonen, die sie tagtäglich erleben, wie etwa in niederschweligen Wohnangeboten, kann deswegen als Verlust in einer umfassenden Betreuung dieser Personen bezeichnet werden.

5.2 Mögliche andere Involvierte im Hilfesystem

Neben der Medikation zur Behandlung und Linderung schizophrener Symptome sind Menschen mit dieser Doppeldiagnose oftmals auch in Substitutionsprogrammen integriert. Zahlen aus Deutschland, wie etwa der LRV-Klinik Köln, gehen in ihrem Substitutionsprogramm von einem Anteil von etwa 10% der Menschen mit einer psychotischen Störung aus (vgl. Krüger/Quabach 2010: 216). Auch aus der Statistik der psychiatrischen Polyklinik des Universitätsspitals Basel aus dem Jahre 2009 konnte dies mit einer Quote von etwas über 10% bestätigt werden (vgl. Psychiatrische Universitätspoliklinik am Universitätsspital Basel (PUP) 2009: 23). Wie viele Personen hingegen mit der komorbiden Störung Schizophrenie und Sucht an einem Substitutionsprogramm teilnehmen, konnte im Rahmen der Bearbeitung dieser Thesis nicht eruiert werden. Aus Folge der jahrelangen Sucht erleiden viele Doppeldiagnoseklienten und Klientinnen körperliche Folgeschäden (vgl. Könemann 2010: 176), ganz zu schweigen von möglichen Infektionskrankheiten wie Hepatitis oder HIV. Dies macht neben der Substitution eine physische ärztliche Behandlung oftmals nötig.

Neben der medizinisch / psychiatrischen Versorgung und der sozialarbeiterischen Unterstützung durch Beistände und Beiständinnen bewegen sich Menschen mit einer Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung oftmals in weiteren Feldern der niederschweligen Suchthilfe. Diese bestehen einerseits aus Kontakt und Anlaufstellen, welche Möglichkeiten zum geschützten Konsum mit sauberem Besteck bieten oder auch weiteren freizeitorientierten Treffpunkten. Gleichzeitig bestehen allfällige Optionen zur Vermeidung von Haftstrafen, durch das Abarbeiten dieser in speziell installierten geschützten Werkstätten oder anderen Institutionen. Zudem existieren für Menschen, die einer niederschweligen Tagesstruktur nachkommen können, mehrere unterschiedliche Arbeitsangebote (vgl. Gastiger/Abstein 2012: 39).

In Anbetracht der komplexen Themen, die Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und Schizophrenie zu bewältigen haben, ist die Auswahl der differenten Unterstützungsangebote vielfach überfordernd (vgl. Gastiger/Abstein 2012: 56, Riebe 2014: 41). Ein Case Management kann hierbei Unterstützung bieten. Vor allen Dingen solche, die speziell auf die Bedürfnisse dieser Klientengruppe eingehen und unkomplizierte Intake-Prozesse haben, um einen niederschweligen Zugang zur Dienstleistung zu erschaffen. Zudem vermögen sie das komplexe Hilfesystem miteinander zu verkoppeln (vgl. Riebe 2014: 40). Auch wenn ein Case Management gewinnbringend sein kann, vermag es die bereits in Kapitel 5.1 als nötig geschilderte Zusammenarbeit mit Psychiatern und Psychiaterinnen und Sozialarbeitenden nicht zu kompensieren. Trotz der Fähigkeiten des Vernetzens kann es den Austausch nicht ersetzen wo dieser wichtig ist, nämlich dort wo Klienten und Klientinnen in der Alltagsbewältigung Unterstützung brauchen.

5.3 Erklärungsansätze zur interprofessionellen Kooperation

Die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit Psychiatern und Psychiaterinnen wurde im Kapitel 5.1 bereits begründet. Professionelle von Wohninstitutionen sind mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert, wenn es um die Zusammenarbeit vor allem mit Fachpersonen aus dem Bereich der Psychiatrie geht. Die Suchthilfe und die Psychiatrie sind oftmals ungenügend miteinander verknüpft und teilweise fehlt ihnen Wissen über die Art und Weise wie sie gegenseitig funktionieren. Gleichzeitig besteht die Schwierigkeit, dass beide Parteien ihre Sichtweisen in den Vordergrund stellen oder gar unterschiedliche Krankheitsmodelle und Behandlungsphilosophien besitzen. Dies führt zu einer ungenügenden Kooperation und verhindert, dass sich die Soziale Arbeit und psychiatrische Fachkräfte gegenseitig ergänzen können. Zudem besteht die Gefahr, dass Patienten beziehungsweise Klientinnen eindimensional behandelt oder betreut werden (vgl. Bombosch 2012: 359).

5.3.1 Das bio-psycho-soziale Modell

Um eine gelingende Zusammenarbeit zwischen Professionellen der Psychiatrie und der Sozialen Arbeit realisieren zu können, bedarf es zunächst eine homogenen Ansicht darüber, welche Wirkungsfaktoren den Zustand der Gesundheit, beziehungsweise das Störungsbild einer Erkrankung genau bedingen (vgl. Dällenbach et al. 2010: 5). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht hierbei von einem bio-psycho-sozialen Modell aus.

Kritisch ist zu bemerken, dass in diesem Modell ganzheitlich die drei Faktoren des Biologischen, Psychischen und des Sozialen zwar berücksichtigt, dennoch isoliert voneinander betrachtet werden (vgl. ebd.: 6). Obwohl dies zu dessen Erklärung als notwendig erachtet werden kann, wird durch eine isolierte Betrachtungsweise das Abbild der Realität verfälscht. In Wahrheit sind alle drei Wirkungsfaktoren nämlich ganz eng und vor allem dynamisch ineinander verzahnt. Ordnungsbildprozesse stellen sich also erst dann ein, wenn Elemente in Beziehung zueinander treten und in die Bewegung der Teilkomponente synchronisiert werden. Analog zum systemtheoretischen Begriff der Synergetik kann diesbezüglich von einer zirkulären Kausalität gesprochen werden (vgl. ebd.). Wenn allerdings alle drei Elemente nur additiv und nicht voneinander abhängig und in einander verflochten betrachtet sind, besteht die Gefahr einer stärkeren Segmentierung der Professionellen, die sich mit den jeweiligen Wirkungsfaktoren auseinandersetzen (vgl. Sommerfeld et al. 2010: 18). Synergien können nun nicht entstehen, sondern die jeweiligen Professionen funktionieren nebeneinander, statt miteinander.

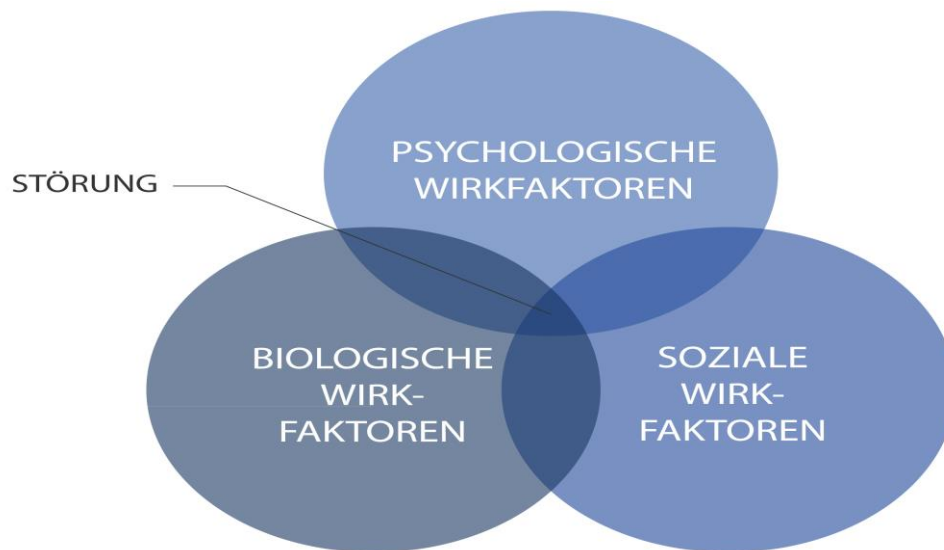


Abbildung 3: Das bio-psycho-soziale Modell (Muffel In: www.osa.fu-berlin.de)

Bezogen auf die Praxis der Behandlung von Doppeldiagnosepatienten und Patientinnen von Seiten der Psychiatrie und Substitutionsbehandlung und von Seiten der betreuenden Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen in niederschweligen Wohnangeboten, kann das bio-psycho-soziale Modell folgendermassen übertragen werden: Obwohl Psychiatrien und Polykliniken, welche Substitutionsbehandlungen anbieten, auch intern mit Dienstleistungen der Sozialen Arbeit verankert sind, fehlt oftmals eine Verzahnung der psychiatrischen Therapie und Substitution mit dem alltäglichen Leben der Patientinnen und Patienten, die gleichzeitig Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit von niederschweligen Wohnangeboten sind. Der Tatsache, dass das Erleben des Alltags und die Wirkung der Medikation einander gegenseitig bedingen, wird in der interprofessionellen Kooperation der Psychiatrie und Sozialen Arbeit zu wenig Rechnung getragen. Die von Sommerfeld erwähnte Segmentierung ist auch hier zu beobachten, wenn das soziale Gefüge und die psychologische Konstellation zu wenig aufeinander abgestimmt werden.

Ein ähnliches Problem, auf welche die Autoren und Autorinnen in ihrer Forschungsarbeit gestossen sind, kann ebenfalls mit einer ungenügenden Verzahnung dieser drei Wirkungsfaktoren begründet werden: Beschrieben wird, dass die Reintegration von Psychiatrieentlassenen oftmals daran scheitert, dass Menschen in der stationären Betreuung zwar einem grossen Lernprozess unterzogen werden. Die Umgebung, welche auf die psychiatrische Störung einen durchaus verstärkenden Einfluss haben kann, hat sich allerdings nicht mitverändert. Dadurch wird das Gelernte in der gewohnten Umgebung auf eine harte Probe gestellt und nicht selten müssen Betroffene Rückschläge erleiden, weil sie in ihrer alten Umgebung wieder den gewohnten Mustern zum Opfer fallen (vgl. Dällenbach et al. 2010: 9). Obwohl sich Menschen mit einer Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung in betreuten Wohnformen bereits in einem profes-

sionellen Setting befinden, welches sich stark mit dem Gelingen ihres Alltags auseinandersetzt, leidet auch hier die Verknotung des in akuten Phasen in der Psychiatrie Erlernen. Nicht immer gelingt eine Zusammenarbeit so, dass sie mit dem sozialarbeiterisch betreuten Alltag kompatibel ist. Sommerfeld et al. kommen passend dazu anhand einer Forschungsarbeit des Jahres 2008 zum Schluss, dass an der erfolgskritischen Schnittstelle zwischen Soziale Arbeit und Therapie Defizite bestehen (vgl. Sommerfeld et al. in: Dällenbach et al. 2010: 3).

Werden die drei Wirkungsfaktoren des Biologischen, des Psychischen und des Sozialen dieses Modelles auf eine systemtheoretische Perspektive übertragen, gelingt es die Strukturen der interprofessionellen Zusammenarbeit noch etwas verständlicher aufzuschlüsseln. Systeme sind Einheiten mit Grenzen, wobei Energien innerhalb des Systems vermehrt fließen als zwischen ihnen. Nicht alle Systeme sind gleich durchlässig und innerhalb der jeweiligen Systeme gelten eigene Regeln und ein eigener Sprachgebrauch (vgl. Crawford 2012: 47f.). Aus diesem Blickwinkel ist es also nicht überraschend, wenn das System der Psychiatrie und das System der Sozialen Arbeit auf einander abgestimmt werden müssen. Sie funktionieren nicht auf identische Weise, halten andere Regeln inne und besitzen einen differenten Auftrag, auch wenn beide auf das Wohlbefinden ihrer Klientel abzielen. Einen Professionellen Jargon beispielsweise ist aufgrund der einfacheren gegenseitigen Verständigung innerhalb eines Systems sicherlich sinnvoll. Dennoch wird er auch dazu benutzt, sich von anderen Systemen abzugrenzen (vgl. Crawford 2012: 124).

Weil sich die Soziale Arbeit anderer Wissenschaftsdisziplinen bedienen muss, was gerade anhand dieser Thesis ersichtlich wurde, fällt es ihr schwer sich von anderen Systemen abzugrenzen. Gleichzeitig ist der diffuse Auftrag der Sozialen Arbeit für andere Professionelle manchmal schwer greifbar. Die Psychiatrie hingegen hat Professionalisierungsprozess bereits hinter sich gelassen und kann auf eine längere Geschichte einer institutionalisierten Etablierung zurückblicken.

5.3.2 Die Identität der Sozialen Arbeit

Eine Profession ist unter anderem durch gemeinsame ethische Ansätze, einen gemeinsamen Habitus und gemeinsame Normen miteinander vereint. Innerhalb der Professionen bestehen sicherlich Subkulturen. Dennoch unterscheiden sie sich nicht so stark voneinander, wie unterschiedliche Professionen es voneinander tun können (vgl. Crawford 2012: 115).

Die „*international federation of social work (IFSW)*“ stellt folgende Erklärung zur Verfügung, wie Soziale Arbeit zu verstehen ist (vgl. Crawford 2012: 94):

The social work profession promotes social change, problem solving in human relationships and the empowerment and liberation of people to enhance well-being. Utilising theories of human behaviour and social systems, social work intervenes at the points where people interact with their environments. Principles of human rights and social justice are fundamental to social work (IFSW 2000)

Demzufolge soll Soziale Arbeit nicht nur unterstützend in der Lösung von Beziehungsproblemen fungieren, sondern auch soziale Veränderungsprozesse aktivieren. So interessant und bereichernd die Praxis der Sozialen Arbeit für Professionelle auch ist, ihr Auftrag bleibt nicht selten diffus. Auch bedient sich die Soziale Arbeit Theorien, die sie dazu ermächtigen, dort zu intervenieren, wo andere Menschen mit ihrer Umwelt interagieren. Dabei muss sie sich auf solche beziehen, die sich mit dem Individuum *und* dessen Interaktion mit deren Umwelt und der Gesellschaft beschäftigen, was ein breites und heterogenes Spektrum an Wissensbeständen von Nöten macht. Die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession ist somit Advokat der sozialen Gerechtigkeit. Aufträge anderer Professioneller sind vielfach klarer, die Grenzen der Zuständigkeit genauer gesteckt. Dieser Umstand unterstützt die Tatsache, dass andere Fachpersonen sich nicht immer vorstellen können, in welchen sozialarbeiterischen oder sozialpädagogischen Settings sich ihre Patienten und Patientinnen bewegen (vgl. ebd.: 95). Dieses Nicht-Kennen des anderen Systems kann dazu führen, dass sich die Grenzen mehr verhärten, anstatt sie sich vermögen aufzuweichen.

5.3.3 Weiteres zur interprofessionellen Zusammenarbeit

Crawford gibt in ihrem Lehrbuch „*Interprofssional Collaboration in Social Work Practice*“ die Anregung zur Unterteilung aufgrund welcher Anreize, interprofessionelle Zusammenarbeit initiiert wurde:

Einerseits kann Zusammenarbeit auf einem gemeinsamen Konsens basieren. Ziele, Wünsche und Haltungen sind hierbei gleich oder zumindest aufeinander abgestimmt (vgl. Crawford 2012: 31). Diese ideale Form der Kooperation kann dann geschehen, wenn sich Parteien in einem engen Austausch befinden, sich über die Art und Weise, wie gegenseitig gearbeitet wird, im Klaren sind und versuchen, mit ihrem Handeln einen Effekt zu erzielen, der mit dem der anderen Partei kompatibel ist. In der Praxis könnte dies beispielsweise durch einen gegenseitigen Austausch geschehen oder durch das, mit dem Klienten oder der Klientin, gemeinsame Setzen von Zielen. Ein Instrument dazu könnten regelmässig geführte Standortbestimmungen sein, welche genauso mit Beiständen und Beiständinnen, Sozialarbeitenden anderer Institutionen

oder auch Fachpersonen der Psychiatrie in der Behandlung der Schizophrenie oder in der Substitution gehalten werden können.

Ebenfalls kann Kooperation aus Gründen eines Anreizes, oftmals finanzieller Art, geschehen. Dies ist der Fall, wenn eine Partei soweit von der anderen abhängig ist, dass das Erfüllen eines Interesses nur durch das Gelingen dieser Kooperation geschieht (vgl. ebd.). Übersetzt man diesen Umstand auf das Setting des niederschweligen betreuten Wohnens in der Zusammenarbeit mit versorgenden Stellen wie Beistandschaften, welche die Geldverwaltung innehalten, so ist es zwar das betreute Wohnangebot, welches nach Kostengutsprache eine Entschädigung für dessen Dienstleistung erhält. Allerdings liegt es auch stark im Interesse des Beistandes oder der Beiständin, ihre Klienten in einer stabilen Wohnform zu wissen, was durchaus als Motivator für eine gelingende Zusammenarbeit fungieren kann.

Schlussendlich ist da noch die dritte Stufe des Auftrages oder des Mandats, bei welchem es ganz klar um das Ausüben von Autorität geht. Hierbei ist definiert, wer der beiden Parteien das Sagen hat, wie es beispielsweise der Fall sein kann, wenn eine Partei einen Auftrag auszuführen hat, in welchem die Rahmenbedingungen klar gesteckt sind (vgl. ebd.). Glücklicherweise sind Professionelle des niederschweligen Wohnsettings eher selten mit dieser Form der Kooperation konfrontiert, welche als keine Tatsächliche zu bezeichnen ist.

Um auf die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen der Psychiatrie und der Sozialen Arbeit zurückzukommen, so muss als erstes die Tatsache ins Auge gefasst werden, dass gerade Personen mit einer Schizophrenie und Substanzabhängigkeit sehr oft von Obdachlosigkeit und Rehospitalisierung betroffen sind, was dafür verantwortlich ist, dass es ihnen selten gelingt, an einem Ort länger zu verweilen und stabil wohnen zu bleiben. So lange die Compliance funktioniert, begleiten Fachpersonen der Psychiatrie diese Menschen allerdings beständig. Der Inhalt ihrer Arbeit verändert sich dennoch nicht merklich, wenn sich der Alltag der Patienten und Patientinnen verändert. Fachärzte der ambulanten psychiatrischen Betreuung tangiert es in ihrer Arbeit weniger, in welcher Wohnform ihre Patienten und Patientinnen untergebracht sind und wie es dort funktioniert. Wobei Sozialarbeitende stark mitbekommen, wie gut die therapeutisch psychiatrische Betreuung greift. Diese Unausgeglichenheit der Abhängigkeiten kann für das Gelingen einer Kooperation hemmend sein. Aus einer schottischen Studie von Petch aus dem Jahre 2008 konnte zudem entnommen werden, dass es hinderlich ist, wenn nicht alle an einem Fall Beteiligten von Anfang gemeinsam an Bord sind (vgl. Petch 2008 in: Crawford 2012: 52), was diesen Umstand verstärkt.

Im letzten Kapitel soll mit der Beantwortung der Fragestellung das Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit nochmals aufgegriffen werden.

6. Schlussfolgerungen

Dieses letzte Kapitel verfolgt das Ziel, auf die Fragestellung mit all ihren Unterfragen noch einmal beantwortend Bezug zu nehmen. Ebenfalls werden, im Verlauf dieser Thesis aufgedeckte blinde Flecken in der Forschung und einen möglichen Handlungsbedarf für die Praxis, herausgelesen. Rückblickend auf die Arbeit soll mit dem Gedicht „*Psychose und Sucht*“ einen finalen Bezug zum Thema genommen werden.

6.1 Die Beantwortung der Fragestellung

6.1.1 Unterfragen

Anlässlich der Beantwortung der Fragestellung werden hier alle Unterfragen im Einzelnen erneut aufgegriffen. Diese lauteten wie folgt und können zusammenfassend folgendermassen beantwortet werden:

In welchem Zusammenhang steht die schizophrene Erkrankung mit der Substanzabhängigkeit?

Das Kapitel 3 hat beabsichtigt, den aktuellen Forschungsstand in Bezug auf ätiologische Zusammenhänge zwischen einer Schizophrenie und einer Substanzabhängigkeit, zu klären. In der Forschung werden Modelle stark diskutiert, die den Substanzkonsum als Form der Affektregulation bezeichnen, die aufgrund der schizophrenen Erkrankung und der Medikation negativ beeinflusst sind. Auch die Tatsache, dass gewisse Substanzen wie Cannabis, Amphetamine oder Kokain, auf Plussymptome einen stimulierenden Effekt haben können, lässt die Möglichkeit offen, dass der Konsum dieser Stoffe bei dem Ausbruch der Schizophrenie eine Rolle gespielt haben könnte.

Für die Soziale Arbeit ist das Model der psychosozialen Risikofaktoren besonders interessant, da es unterschiedliche Wirkungsfaktoren aus der Psyche und der sozialen Umwelt miteinbezieht. Diese haben nicht nur als einzelne Faktoren einen Einfluss auf den Ausbruch oder sogar den Erhalt der beiden Erkrankungen, sondern könnten miteinander in einem kausalen Zusammenhang sein.

Wie beeinflusst die Schizophrenie und Substanzabhängigkeit das Verhalten von Menschen mit dieser Doppeldiagnose?

Die Schizophrenie und die Substanzabhängigkeit führen zu Veränderungen in unterschiedlichen Bereichen des Verhaltens. Wie in Kapitel 4.1 beschrieben, kann dies vor allem darauf zurückgeführt werden, dass sich die Wahrnehmung der Affekte, der Umwelt und der Beziehung mit dieser, von der Wirklichkeit der Umgebung unterscheidet. Der Substanzkonsum hilft einerseits, Störungen der Ich-Funktionen auszuhalten. Andererseits entstehen Teufelskreislagen, wenn die Affektregulation weitestgehend nur noch über den Konsum von psychotropen Substanzen erfolgt. Fehlender Bezug zur Realität und der Wirkung des eigenen Verhaltens, sowie abhängigkeitstypische Verhaltensmuster, machen den professionellen Umgang mit Menschen mit dieser Doppeldiagnose sehr anspruchsvoll.

Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit mit dieser Klientel im Kontext des niederschweligen betreuten Wohnens auf eine gelingende Art umgehen?

Die Wichtigkeit von niederschweligen betreuten Wohnangeboten hat das Kapitel 4.2 und 4.3 insofern begründet, dass es einerseits auf die sozialen Herausforderungen eingegangen ist, mit denen Menschen mit einer Schizophrenie und Substanzabhängigkeit zu kämpfen haben. Andererseits wurde auch erwähnt, dass das Aufgeben des Substanzkonsums für manche nicht denkbar ist. Die niederschwellige Suchthilfe geht allerdings von dem Ansatz aus, dass es irrelevant ist, aus welchen Gründen Menschen weiterhin am Konsum festhalten, dennoch jede Person das Recht auf ein menschenwürdiges Dasein hat. Die niederschwellige Suchthilfe macht sich dies zum Auftrag und minimiert so die sozialen Risiken, welchen diese Menschen ausgesetzt sind. Diese Grundhaltung geht der Arbeit mit Menschen mit einer Schizophrenie und Substanzabhängigkeit voraus und soll versuchen, die Klientel individuell in ihrem Alltag zu unterstützen. Diese Thesis vermochte nur ansatzweise einige Handlungsmöglichkeiten im professionellen Kontext des betreuten Wohnens zu skizzieren, was mit dem Kapitel 4.4 geschah.

Inwiefern nimmt der Zuständigkeitsbereich von Fachkräften anderer Professionen, insbesondere der Psychiatrie, einen Einfluss auf die Arbeit von Sozialarbeitenden?

Weil Sozialarbeitende in betreuenden Wohnsettings sich mit dem Alltag ihrer Klientengruppe beschäftigen, so nimmt das ganze Hilfesystem einen Einfluss auf den Inhalt ihrer Arbeit. Im Kapitel 5.1 wurde vor allen Dingen stark auf den Einfluss der pharmazeutischen Therapie und somit auf den Einfluss der Arbeit von Psychiatern und Psychiaterinnen eingegangen. Anhand von unterschiedlichen Forschungsergebnissen konnte belegt werden, dass die Art, wie gut eine pharmazeutische Behandlung greift, einen Einfluss auf den Substanzkonsum der Klienten und

Klientinnen mit dieser Doppeldiagnose hat. Gelingt keinen Austausch zwischen den Professionellen, die Medikamente verschreiben, substituieren oder eine mögliche Therapie durchführen, und den Professionellen, welche die Menschen im Alltag begleiten, so nimmt dies nicht nur einen Einfluss auf die Arbeit von Sozialarbeitenden, sondern auch auf die psychische Stabilität der Klienten und Klientinnen.

Welche Herausforderungen können sich daraus ergeben und welche Erklärungen gibt es dafür?

Im Kapitel 5.3 konnte mit dem biopsychosozialen Modell eine Problematik veranschaulicht werden, die damit zu tun hat, dass der Wirkungsfaktor Psyche und der Wirkungsfaktor Soziales auch in der Praxis an der Segmentierung der Professionellen leidet, die sich mit den Jeweiligen auseinandersetzen. Wie bereits in Kapitel 4.1 dargestellt, haben Menschen mit einer Schizophrenie und Substanzabhängigkeit Mühe, Affekte zu benennen. Eine, für Klienten und Klientinnen transparente, Kooperation zwischen Sozialarbeitenden und Psychiatriefachpersonen ist daher eine angemessene Unterstützungsmassnahme.

Weitere Erklärungen zu Herausforderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit könnten sich auch daraus ergeben, dass die Identität der Sozialen Arbeit mit ihrer Geschichte und Etablierung der Psychiatrie noch etwas hinterher hinkt. Für Sozialarbeitende ist es nicht immer einfach, der Wichtigkeit ihrer Expertise Ausdruck zu verleihen. Gerade in der klinischen Sozialarbeit wäre dies allerdings wichtig, um biopsychosoziale Wirkungsfaktoren miteinander in der Behandlung von Klienten und Klientinnen miteinfließen zu lassen.

6.1.2 Fragestellung

Hauptsächlich hat folgende Fragestellung die Bearbeitung dieser Thesis geleitet:

Mit welchen Herausforderungen sind Professionelle der Sozialen Arbeit im Setting des niederschweligen betreuten Wohnens konfrontiert, wenn sie erwachsene Menschen mit einer komorbiden Störung der Schizophrenie und Substanzabhängigkeit betreuen?

Professionelle der Sozialen Arbeit sind, ganz unabhängig mit welcher Klientengruppe sie sich befassen, mit komplexen Herausforderungen konfrontiert, weil sie Menschen dort unterstützen, wo diese mit besonderen Herausforderungen konfrontiert sind. Sozialarbeitende, welche Menschen mit der schweren psychischen Erkrankung der Schizophrenie und Substanzabhängigkeit in niederschweligen Wohnsettings betreuen, befassen sich mit einer besonders anspruchsvol-

len Zielgruppe. Die schwere psychische Erkrankung der Schizophrenie nimmt einen massgebenden Einfluss auf das Erleben und Verhalten von Betroffenen. Das Selbe tut auch eine Substanzabhängigkeit, was im Umgang mit solchen Klienten und Klientinnen von Sozialarbeitenden viel an Wissen, Handlungskompetenz und vor allen Dingen auch Sozialkompetenz und Reflexionsfähigkeit abverlangt. Die grundlegenden sozialarbeiterischen Fähigkeiten werden infolge dessen auf eine besondere Probe gestellt. Diese Arbeit hat versucht, einen Ausschnitt davon zu geben, warum der Umgang mit dieser Klientengruppe anspruchsvoll ist, indem sie im Kapitel 3. geschildert hat, wie komplex die beiden Störungen zusammenhängen. Im Kapitel 4.1 wurde geschildert, inwiefern Störungen der Ich-Funktionen einen Einfluss auf das Verhalten von Betroffenen haben, was wiederum Sozialarbeitende vor besondere Herausforderungen stellen kann.

Gleichzeitig sind Menschen mit einer Schizophrenie und Substanzabhängigkeit mit unterschiedlichen sozialen Herausforderungen konfrontiert (siehe Kapitel 4.2). Wenn nun institutionalisierte Hilfe an Abstinenz gekoppelt ist, kann nicht gewährleistet werden, dass die Menschen, die am meisten darauf angewiesen sind, Unterstützung erhalten. Professionelle niederschwellige Betreuungsangebote müssen versuchen, auf diese Herausforderungen einzugehen (siehe Kapitel 4.3 und 4.4). Weil es komplexe vielschichtige Problematiken sind, welche diese Menschen zu bewältigen haben, ist eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit ein wesentlicher Bestandteil dieser Unterstützung, wie im Kapitel 5. dargelegt wurde.

6.2 Handlungsbedarf in Forschung und Praxis

In dieser Thesis wird immer wieder deutlich, dass die Forschung noch weitere Fragen zum Zusammenhang zwischen schizophrenen Erkrankungen und Substanzabhängigkeiten zu beantworten hat. Auch ist die Autorin in der Literaturrecherche insofern an ihre Grenzen gestossen, dass eine weiter verbreiterte Bearbeitung dieser Thematik aus Sicht der Sozialen Arbeit sicherlich gewinnbringen hätte sein können. Ebenfalls wurde aufgedeckt, dass in der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Sozialer Arbeit und Psychiatrie noch Lücken bestehen. Dies lässt einen Handlungsbedarf im Bereich der Forschung und Praxis erahnen.

6.2.1 Für die Forschung

Unterschiedliche Erklärungsversuche für die Ätiologie der Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzabhängigkeit deuten darauf hin, dass diese zumindest unidirektional miteinander in Zusammenhang steht. Die in dieser Thesis erhaltenen Erkenntnisse lassen jedoch auch die

Möglichkeit offen, dass genauso bidirektionale Zusammenhänge bestehen könnten. Wäre dies nun tatsächlich der Fall, so ist davon auszugehen, dass sich die beiden Krankheiten in einer Wechselwirkung gegenseitig bedingen. Wäre besser erkennbar, welche psychologischen, biologischen oder sozialen Prozesse den Ausbruch oder den Erhalt dieser Doppeldiagnose beeinflussen, so könnten massgebliche Beiträge in der psychiatrischen Behandlung und sozialarbeiterischen Betreuung geleistet werden. Zudem wäre es genauer möglich, sich in der Suchtpräventionsarbeit bei Schizophrenen anhand risikoreicher Faktoren zu orientieren. Einerseits könnte auf Umweltfaktoren eingegangen werden, andererseits mit Psychoedukation nicht nur in der Behandlung von Doppeldiagnosepatienten und Patientinnen, sondern auch suchtpreventiv in der Therapie von Schizophrenen gearbeitet werden. Aus unterschiedlicher Literatur wurde bereits einen Handlungsbedarf für die Forschung erkannt (vgl. Soyka 2000: 1616, Mueser et al. 2007: 124).

Gleichzeitig wäre es auch von Seiten der Sozialen Arbeit, sei es nun in der klinischen Sozialarbeit oder der Suchthilfe, wertvoll, sich vermehrt mit dem Thema Doppeldiagnose auseinanderzusetzen. Dies wäre für die Zukunft sehr wünschenswert und für viele Professionelle eine Unterstützung in ihrer anspruchsvollen praktischen Tätigkeit.

6.2.2 Für die Praxis

Im Kapitel 5 wurde die interprofessionelle Zusammenarbeit aufgegriffen, was einen erheblichen Handlungsbedarf für die Praxis deutlich macht. Die segmentierte Behandlung und Betreuung von Klienten und Klientinnen lässt viele Energien verpuffen, die gezielter eingesetzt werden könnten, wären sie verstärkt ineinander verankert. Diese Arbeit vermochte es nur an der Oberfläche der Herausforderungen interprofessioneller Zusammenarbeit zu kratzen. Hier wäre es sinnvoll, Projekte zu lancieren, welche vor allen Dingen die Soziale Arbeit und die Psychiatrie näher zusammenbringen würden.

Einen interessanten Schritt in dieser Richtung geschah nun bereits in Zürich, mit der Visite von Psychiatern und Psychiaterinnen in Obdachlosenheimen (vgl. Vögeli 2014). Die Behandlung der Patienten und Patientinnen in ihrem Lebensraum macht an sich bereits Sinn, vor allem können jedoch dadurch Institutionen der Sozialen Arbeit näher mit der Psychiatrie zusammengebracht werden. Die Psychiatrie kommt somit für einmal zur Sozialen Arbeit und nicht wie sonst immer, die Soziale Arbeit zur Psychiatrie.

Die niederschwellige Suchthilfe darf auch nach der Begründung der Vier-Säulen-Politik vor einem knappen Vierteljahrhundert nicht ihre Bedeutung verlieren. Auch wenn wir, zum guten

Glück, weit weg sind, von den Horrorszenarien der offenen Drogenszene in Zürich Ende Achtziger und Anfangs Neunzigerjahre. So gibt es dennoch immer wieder Menschen, die auf niederschwellige und akzeptierende Angebote angewiesen sind, um ein menschenwürdiges Leben zu führen. Viele Menschen mit der Doppeldiagnose der Schizophrenie und Substanzabhängigkeit gehören dazu.

6.3 Zweite Stellungnahme zum Gedicht Psychose und Sucht: Ein Fazit

Abschliessend konnte ich mir beim erneuten Durchlesen des Gedichts das Lachen nicht verkneifen. Denn zu dessen Einstieg heisst es: *„Eins kann ich da sagen, man kann dazu nicht jeden fragen“* Eine Person, welche von der Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankung selbst betroffen ist, macht deutlich, wie rätselhaft diese Doppeldiagnose für viele noch ist. Es war ein eher zähflüssige Zusammensuchen von Literatur, die mir einen Anhaltspunkt geben sollte, wie Sozialarbeitende im Kontext des niederschweligen betreuten Wohnens auf eine gelingende Art und Weise mit diesen Menschen umgehen könnten. Und vielerorts bin ich auf Bereiche gestossen, in welchen es noch blinde Flecken aufzudecken gilt. Dennoch habe ich das Gefühl, dem Thema selbst um ein Vieles näher gekommen zu sein.

Weiter geht es im Gedicht allerdings mit: *„Nur wer sie hat, der weiss Bescheid und nimmt für sie sich auch mal Zeit!“* Auch wenn Menschen mit wahnhaften Ideen und einer verschobenen Wahrnehmung manchmal der Tatsache ausgesetzt sind, dass ihre Meinung nicht ernst - oder sich für ihre Anliegen wenig Zeit genommen wird, so stellt dies nun gerade eines der Grundsätze der Arbeit mit ihnen dar. Denn das Wichtigste in all unserem sozialarbeiterischen Tun ist die wahrhaftig gelebte Grundhaltung des Respektes vor dem Klienten und der Klientin. Auch dies hat mir diese Arbeit auf ein Neues bewiesen. Swiontek schliesst sein Gedicht mit dem Satz ab: *„Doch zu all dem kann ich sagen, meistens kann man es ertragen. Die Psychose und die Sucht, wenn man sich nur Hilfe sucht!“* (Swiontek 2010: 50)

Literaturverzeichnis

- Akeret, René (2014). Schadensminderung! In: SuchtMagazin, Schadensminderung. (2). S. 4-7.
- Bombosch, Jürgen (2010). Welche Rolle spielt aktuell die Komorbidität von Psychose und Sucht im Kontext Sozialpsychiatrie? In: Sadowski, Harald/Niestrat, Frieder (Hg.) (2010). Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 350-373.
- Bibliographisches Institut (2013). ULR: <http://www.duden.de/rechtschreibung/verrueckt> [Zugriffsdatum: 18. Oktober 2014].
- Crawford, Karin (2012). Interprofessional Collaboration in Social Work Practice. London: SAGE Publications Ltd.
- D'Amelio, Roberto/Behrendt, Bernd/Wobrock, Thomas/unter Mitarbeit von Gross, Julia (2007). Psychoedukation Schizophrenie und Sucht. Manual zur Leitung von Patienten – und Angehörigengruppen. München: Urban & Fischer Verlag.
- D'Amelio, Roberto/Behrendt, Bernd/Wobrock, Thomas (2010). Psychoedukation, Rückfallmanagement, und Rückfallprophylaxe bei Schizophrenie und Sucht – das GOAL-Behandlungsprogramm. In: Sadowski, Harald/Niestrat, Frieder (Hg.) (2010). Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 124-144.
- Dällenbach, Regula/Sommerfeld, Peter/Rüegger, Cornelia (2010). Zwischenbericht. Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit. Institut für Professionsforschung und kooperative Wissensbildung (IPW) Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz. Hochschule für Soziale Arbeit.
- Eggers, Christian/Hemmerle, Michael J./Kremer, Frank (2010). Intensive Betreuung von jungen Menschen mit drogenassoziierten Psychosen in einer pädagogischen-therapeutischen Wohngruppe. In: Sadowski, Harald/Niestrat, Frieder (Hg.) (2010). Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 46-61.
- Gastiger, Sigmund/Abstein, Hand Joachim (Hg.) (2012). Methoden der Sozialen Arbeit in unterschiedlichen Feldern der Suchthilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Goswami, Santanu/Mattoo, Surendra K/Basu, Debasish/Singh, Gagandeep (2004). Substance-Abusing Schizophrenics: Do They Self-Medicate? In: The American Journal on Addictions. (13). S. 130–150.
- Granholm, Eric/Anhenelli, Robert/Monteiro, Rita/Sevcik, John/Stoler, Marilyn (2003). Brief Integrated Outpatient Dual-diagnosis Treatment Reduces Psychiatric Hospitalizations. In: The American Journal on Addictions. (12). S. 306-313.

- Könemann, Gregor (2010). Sozialtherapeutische Betreuung substituierter Opiatabhängiger mit psychiatrischer Doppeldiagnose. In: Sadowski, Harald/Niestrat, Frieder (Hg.) (2010). Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 166-181.
- Krüger, Wolfgang/Quabach, Markus (2010). Sozialtherapeutische Betreuung substituierter Opiatabhängiger mit psychiatrischer Doppeldiagnose. In: Sadowski, Harald/Niestrat, Frieder (Hg.) (2010). Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 214-234.
- Lieb, Roselind/Isensee, Barbara.(2007). Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbiditäten. In: Moggi, Franz (Hg.). Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2. vollständig überarbeite und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 27-58.
- Lütz, Manfred (2011). IRREI Wir behandeln die Falschen. Unser Problem sind die Normalen. München: Goldmann Verlag.
- Niestrat, Frieder (2010). Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Von Systemen, die sprengen, zu Menschen, die leiden, kämpfen und vorankommen. In: Sadowski, Harald/Niestrat, Frieder (Hg.) (2010). Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 46-61.
- Maurer, Renato (1992). Alles wird gut. Gassenarbeit in der Schweiz 1981 – 1991. Solothurn: Nachtschatten Verlag.
- Moggi, Franz (2014). Behandlung von Suchtpatienten mit komorbiden psychischen Störungen. In: SuchtMagazin. Komorbidität. (1). S. 15-19.
- Moggi, Franz (Hg.) (2007). Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2. vollständig überarbeite und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 15-26.
- Mueser, Kim T./Brunette, Mary E./Drake, Robert E. (2007). Komorbidität von Schizophrenie sowie Bipolaren Störungen und Substanzstörungen. In Moggi, Franz (Hg.) Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2. vollständig überarbeite und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 109-141.
- Potvin, Stéphane/Stip, Emmanuel/Lipp, Olivier/Roy, Marc-André/Demers, Marie-France/ Bouchard, Roch-Hugo/Gendron, Alain (2008). Anhedonia and Social Addaption Predict Substance Abuse Evolution in Dual Diagnosis Schizophrenia. In: The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. (34). S. 75-82.
- Psychiatrische Universitätspoliklinik am Universitätsspital Basel (PUP) (2009). Jahresbericht.. Basel: Universitäre Psychiatrische Kliniken.
- Riebe, Marian (2014). Case Management bei Personen mit komplexen Problemlagen. In: SuchtMagazin. Komorbidität. (1). S. 30-33.

- Sadowski, Harald (2010). Die Ich-Funktionen und die Funktion des Suchtmittels. In: Sadowski, Harald/Niestrat, Frieder (Hg.). Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 62-71.
- Schaub, Michael/Fanghaenel, Kyra/Stohler, Rudolf (2008). Reasons for cannabis use: patient with schizophrenia versus matched healthy controls. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. (42). S. 1060-1065.
- Schnell, Thomas/Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (2010). Kognitive Verhaltenstherapie bei Patienten mit Schizophrenie und Cannabiskonsum. In: Sadowski, Harald/Niestrat, Frieder (Hg.) (2010). Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 90-107.
- Schmid, Otto/Strasser, Johannes/Fehr, Stefanie (2014). Behandlung komorbider Störungen in der heroingestützten Behandlung. In: SuchtMagazin. Komorbidität. (1). S. 30-33.
- Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia (2010). Entwicklung durch Kooperation. Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit. Einblicke in ein kooperatives Forschungs- und Entwicklungsprojekt. Schweizerische Zeitschrift für Sozial Arbeit. (8.-9). S. 8-34.
- Soyka, Michael (2000). Alcoholism and Schizophrenia. In: Addiction. 95. (11). S. 1613-1618.
- Stuyt, Elisabeth B./Sajbel, Terrie A./Allen, Michael H (2006) Differing Effects of Antipsychotic Medication on Substance Abuse Treatment Patients with Co-occurring Psychotic and Substance Abuse Disorders. In: The American Journal on Addictions. (15). S. 166-173.
- Swiontek, Thomas (2010). Psychose und Sucht. In: Sadowski, Harald / Niestrat, Frieder (Hg.). Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 50.
- Swofford, Cheryl D./Scheller-Gilkey, Geri/Miller, Andrew H/Woolwine, Bobbie/Rosalind, Mance (2000). Double Jeopardy: Schizophrenia and Substance Use. In: AM. J. DRUG ALCOHOL ABUSE. 26. (3). S. 343-353.
- Walter, Marc (2014). Cannabiskonsum und psychiatrische Komorbidität. In: SuchtMagazin. Komorbidität. (1). S. 20-24.
- Weber, Rainer (2000). Coping und Abwehr bei schizophrener Psychose und Sucht. Eine Vergleichsstudie. Aachen: Ariadne-Fach-Verlag.
- Westra, Henry A./Aviram, Avi/Doell, Faye K. (2011). Extending Motivational Interviewing to the treatment of Major Mental Health Problems: Current Direction and Evidence. In: The Canadian Journal of Psychiatry . Vol. 56 (No.11). S 643-650.
- Vögeli; Dorothee (2014). Zürcher Obdachlosenheime. Besuch vom Psychiater, Neue Zürcher Zeitung. URL: <http://www.nzz.ch/zuerich/besuch-vom-psychiater-1.18388755> [Zugriffsdatum: 1. Oktober 2014].

Tabellen und Abbildungen

Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-(Coping-) Modell der Schizophrenie nach Nüchterlein und Dawson (1984) In: D'Amelio et al. (2007) S 9.

Abbildung 2: Entstehungsbedingungen für Sucht. D'Amelio et al. (2007) S 23.

Abbildung 3: Das bio-psycho-soziale Modell nach Muffel, Toni. ULR: http://www.osa.fu-berlin.de/psychologie/aufgaben/klinische_gesundheit/index.html [Zugriffsdatum: 6. Dezember 2014].

Titelbild: Pfister, Sandra (2014).

Erklärung der Studierenden zur Bachelor Thesis

Name, Vorname: Lesley Rogers

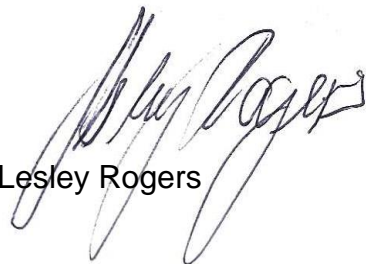
Titel/Untertitel Bachelor Thesis:

Begleitung Bachelor Thesis

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum: 5. Januar 2015

Unterschrift: Lesley Rogers

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lesley Rogers', is positioned to the right of the printed name 'Unterschrift: Lesley Rogers'.