

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg HAW
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Der Umgang mit Doppeldiagnoseklienten in
der Klinischen Sozialarbeit
unter Berücksichtigung der therapeutischen
Beziehungsgestaltung

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 23. Februar 2012

Vorgelegt von: Neumann, André

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Georg Schürgers

Zweite Prüferin: Dipl. Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin Grit Lehmann

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Verständnis von Doppeldiagnose und Komorbidität	5
1.1 Psychische Störungen	6
1.1.1 Schizophrenie	7
1.1.2 Affektive Störungen	8
1.1.3 Angststörungen	9
1.1.4 Persönlichkeitsstörungen	11
1.2 Substanzstörungen	12
1.3 Modelle zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen psychischen Störungen und Substanzstörungen	14
1.3.1 Sekundäre Suchtentwicklung	15
1.3.2 Psychoseinduktion	16
1.3.3 Gemeinsame ätiologische Faktoren	17
1.3.4 Bidirektionales Modell	17
2. Behandlungs- und Versorgungssituation von Doppeldiagnoseklienten	18
2.1 Probleme	18
2.2 Konträre Behandlungsansätze	20
2.3 Integrierte Behandlungsansätze	22
3. Verortung der Sozialen Arbeit in der Behandlung und Therapie von Doppeldiagnoseklienten	25
3.1 Klinische Sozialarbeit	25
3.2 Therapeutische Beziehung	27
3.3 Einfluss auf die Gestaltung von Beziehungen	29
4. Empirische Forschung	30
4.1 Problem- und Fragestellung	30
4.2 Erhebungsmethode	31
4.3 Erhebungsinstrumente	33
4.3.1 Problemzentriertes Interview	34
4.3.2 Kurzfragebogen	35
4.3.3 Interviewleitfaden	35
4.3.4 Postskriptum	37

4.4	Untersuchungspersonen	38
4.5	Untersuchungsfeld	39
4.6	Untersuchungsdurchführung	40
4.7	Darstellung der Transkription	41
4.8	Auswertungsmethode	42
5.	Untersuchungsergebnisse	43
5.1	Beziehungsgestaltung zu Doppeldiagnoseklienten	43
5.2	Erfahrungen im Umgang mit der Suchtstörung	47
5.3	Einfluss psychischer Störungen auf die Beziehung	51
5.4	Besondere Situationen	54
6.	Empfehlungen für den Umgang mit Doppeldiagnoseklienten	57
	Schlussbetrachtung	61
	Abkürzungsverzeichnis	65
	Literaturverzeichnis	66
	Schriftliche Erklärung	71
	Anhang	

Einleitung

Doppeldiagnose? Komorbidität? Mit diesen Begriffen wurde ich erstmalig während meines Praxissemesters im Bachelorstudiengang Soziale Arbeit konfrontiert. Während dieser Zeit absolvierte ich ein Praktikum in einer stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtung für Menschen mit einer Doppeldiagnose bzw. Komorbidität, die an einer psychischen Störung und Substanzstörung erkrankt sind. Mir war bis zu diesem Zeitpunkt nicht bewusst, dass sich die Hilfesysteme erst seit den letzten 20 Jahren mit der Versorgung dieser Klienten auseinandersetzen und der Umgang mit den Betroffenen eine Herausforderung darstellt, denn ihre Behandlung erfordert Vorgehensweisen, die sich konträr voneinander entwickelt haben. Die stützend- fürsorglichen Ansätze aus der Arbeit der psychischen Krankenversorgung und die konfrontativen Ansätze aus der Suchthilfe sind von unterschiedlichen Behandlungsphilosophien geprägt, die sich negativ auf die jeweils andere Störung auswirken (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2007, 29). Mitte der 90er Jahre versuchten deshalb einige ambulante und stationäre Träger sich diesem Problem zu stellen, sie entwickelten integrierte Hilfesettings für die Behandlung und Therapie von Doppeldiagnoseklienten (vgl. Sadowski/ Nierstrat 2010, 14). In meiner Praktikumsinstitution gilt eine gute therapeutische Beziehungsarbeit als Voraussetzung für einen gelingenden Hilfeprozess. Dies spiegelt auch die Arbeitsrealität der dortigen SozialarbeiterInnen und SozialpädagogenInnen wieder, die als BezugstherapeutenInnen arbeiten und deren Arbeitsgrundlage eine gute Beziehung zu den Klienten ist. Dennoch fühlte ich mich in der Beziehung zu den Klienten oftmals unsicher und gehemmt im Umgang mit ihren Störungssymptomen und Verhaltensweisen, aus Angst, ihre jeweils zweite Störung negativ zu beeinflussen. Aufgrund dieser Erfahrung möchte ich in der Bachelor-Thesis untersuchen, wie in der integrierten stationären Therapie und Behandlung eine gute Beziehung zu Doppeldiagnoseklienten gestaltet werden sollte und wie, vor dem Hintergrund verschiedener Behandlungsansätze, mit ihnen umgegangen werden muss. Meine Recherchen ergaben, dass es in Publikationen zwar Informationen über integrierte Behandlungsansätze gibt (vgl. z.B. bei D'Amelio/ Behrendt/ Wobrock 2007; Gouzoulis-Mayfrank 2007; Hilger 2009; Moggi 2007 und 2007a; Moggi/ Donati 2004; Sadowski/ Nierstrat 2010; Schnell/ Gouzoulis-Mayfrank 2011), aber nicht, wie diese in der direkten therapeutischen Beziehung umgesetzt werden. Hilger (2009, 17) weist z.B. darauf hin, das „*auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen therapeutischer Forderung und Fürsorglichkeit*“ geachtet werden muss, aber lässt dabei außen vor, wie das konkret geschehen soll. Aus dieser Gegebenheit heraus wurde für die vorliegende Arbeit eine empirische Untersuchung durchgeführt, damit Er-

kenntnisse über den direkten Umgang und die Beziehungsgestaltung mit Doppeldiagnoseklienten gewonnen werden können.

Zuvor wird im ersten Kapitel beschrieben, was unter einer Doppeldiagnose oder Komorbidität zu verstehen ist und was die typischen Störungsbilder und Symptome sind, mit denen SozialarbeiterInnen und SozialpädagogenInnen konfrontiert werden. Dazu werden Hypothesen vorgestellt, mit denen versucht wird, das gleichzeitige Auftreten von psychischen Störungen und Substanzstörungen zu erklären. Obwohl diese Hypothesen bis heute nicht eindeutig wissenschaftlich belegt worden sind, werden sie in Veröffentlichungen, die sich mit der Behandlung von Doppeldiagnoseklienten befassen, rezipiert.

Eine Auseinandersetzung über die Versorgungs- und Therapiesituation der Betroffenen erfolgt im darauf folgenden Kapitel. Vorgestellt werden die Behandlungsprobleme, die sich aus dem Zusammenspiel zwischen psychischen Störungen und Suchtstörungen ergeben. Zudem wird Bezug auf die Behandlungsansätze der psychiatrischen Hilfe und Suchthilfe genommen und dargelegt, weshalb die jeweiligen Behandlungsansätze den Problematiken von Doppeldiagnoseklienten nicht gerecht werden können. Daneben werden Empfehlungen für ein integriertes Behandlungssetting vorgestellt, die zum größten Teil auf Veröffentlichungen beruhen, die sich auf Therapie- und Behandlungserfahrungen stützen, da fundierte wissenschaftliche Studien über die Wirkung von integrierten Behandlungsansätzen fehlen.

Im dritten Kapitel wird dargelegt, wie die Aufgabenwahrnehmung der Sozialen Arbeit in der Therapie und Behandlung von Doppeldiagnoseklienten zu verorten ist. Entsprechend wird der Bereich der Klinischen Sozialarbeit vorgestellt und sich mit dem Stellenwert der therapeutischen Beziehung und dessen Gestaltung befasst.

Die Forschungsinstrumente und Methoden, die für die empirische Untersuchung dieser Arbeit verwendet worden sind, werden anschließend im vierten Kapitel veranschaulicht. Dafür werden zu Beginn wichtige Punkte aus den vorherigen Kapiteln aufgegriffen und die Forschungsfrage der Untersuchung vorgestellt. Die gewonnenen Ergebnisse sind dann im fünften Kapitel dieser Arbeit dokumentiert worden. Danach sind die wichtigsten Erkenntnisse aus der theoretischen Auseinandersetzung und den Forschungsergebnissen, in Form von Handlungsempfehlungen, im sechsten Kapitel zusammengestellt worden, damit die aufgeworfene Frage beantwortet werden kann, wie der Umgang und die Beziehung mit Doppeldiagnoseklienten gestaltet werden sollte. Am Ende dieser Bachelor-Arbeit erfolgt dann eine abschließende Schlussbetrachtung über die dargestellte Thematik.

Da für die vorliegende Arbeit wissenschaftliche Quellen verwendet worden sind, die Menschen mit einer psychischen Störung und Substanzstörung als Patienten bezeichnen, werden

die Begriffe Klienten oder Patienten gleichermaßen synonym verwendet. Ebenfalls werden, um Wortwiederholungen zu vermeiden, die Begriffe Betroffene und Erkrankte gebraucht. Beim Verfassen ist zudem darauf Wert gelegt worden, dass für die Bezeichnung von Personen die weibliche und männliche Form angegeben wird, da überwiegend Frauen in der Sozialen Arbeit tätig sind und Männer sowie Frauen von einer Doppeldiagnose betroffen sein können.

1. Verständnis von Doppeldiagnose und Komorbidität

Im Folgenden geht es um das Verständnis von Doppeldiagnose und Komorbidität. Der Ausdruck Doppeldiagnose wurde zu Beginn der achtziger Jahre für Menschen, die eine geistige Behinderung und zugleich eine psychische Erkrankung hatten, verwendet (vgl. Moggi/ Donati 2004, 2). Später verstand man unter diesem Begriff, die Komorbidität, „*das gemeinsame Auftreten einer psychischen Störung [...] und einer Substanzstörung*“ (Moggi 2007, 15) bei einer Person, in einem definierten Zeitraum (vgl. ebd.). Der Ausdruck Doppeldiagnose ist in der Literatur nicht eindeutig festgelegt und wird auch zur Beschreibung von anderen, zweifach vorliegenden Störungen bzw. Erkrankungen verwendet. (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2007, 22). Im Gegensatz dazu, ist die Bezeichnung der Komorbidität nicht auf zwei Diagnosen bzw. auf Substanzstörungen und psychische Störungen begrenzt. Der Begriff kann mehrere Krankheiten sowie körperliche Beschwerden umfassen. Eine Doppeldiagnose bedeutet, im Zusammenhang dieser Bachelor-Thesis, eine spezielle Komorbidität, die beschränkt ist auf zwei gleichzeitig vorliegenden Diagnosen, von psychischer Störung und Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit. In den amerikanischen Zeitschriften, *Journal of Psychoactive Drugs* und *Hospital and Community Psychiatry*, begann 1989 die zielgerichtete Anwendung des Doppeldiagnosebegriffs und seit dem Jahr 1991 wird der Begriff der Komorbidität zur Beschreibung von Substanzstörungen und psychischen Störungen verwendet (vgl. Moggi 2007, 15 f.).¹

Bis heute hat sich keine endgültige Definition für den Begriff der Doppeldiagnose herauskristallisiert und es können keine Aussagen über den jeweiligen Schweregrad der Störungen gemacht werden. Hinderlich ist, dass psychische Störungen und Substanzstörungen keine einheitlichen Begriffe sind und aus unterschiedlichen Perspektiven definiert werden. Substanzstörungen beziehen sich entweder auf die körperliche Abhängigkeit, auf die Folgen des

¹ Im Rahmen dieser Arbeit werden die Begriffe, Doppeldiagnose und Komorbidität, gleichermaßen angewandt. Diese dienen jeweils zur Bezeichnung von Menschen mit einer psychischen Störung und Substanzstörung.

Gebrauchs, oder auf die Häufigkeit und Intensität des Konsums. Zudem gibt es verschiedene Substanzarten mit unterschiedlichen Wirkungsprofilen und Konsummöglichkeiten. Ebenfalls zählt zu den psychischen Störungen eine Vielzahl von Krankheitsbildern mit heterogenen Symptomen.

Die beiden Klassifikationssysteme, die ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (vgl. Dilling/ Mombour/ Schmidt 2010) und das, aus dem amerikanischen übersetzte, Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen, das DSM-IV (vgl. Saß/ Wittchen/ Zaudig 1998), verwenden nicht den Begriff der Doppeldiagnose. Dennoch haben beide Systeme verschiedene Kriterien, nach denen, beim gleichzeitigen Vorliegen einer psychischen Störung und einer Substanzstörung, Diagnosen gestellt werden.

Eine Doppeldiagnose wird ausgeschlossen, wenn es sich bei den psychischen Störungen um substanzinduzierte Phänomene handelt, die während einer Substanzintoxikation oder eines Entzuges auftreten können und als reversibel gelten. Wenn psychische Störungen vor dem Substanzkonsum bestanden haben, kann von einer Doppeldiagnose ausgegangen werden. (vgl. Moggi/ Donati 2004, 3 f.). Allerdings vertritt ein Modell zur Erklärung des Zusammenhangs von schizophrenen Psychosen und Suchterkrankungen die These, dass Psychosen durch Drogenkonsum ausgelöst werden könnten.²

Folgt man Moggi und Donati, die sich auf das DSM-IV beziehen, dann zählen zu den psychischen Störungen einer Doppeldiagnose: Affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und die Schizophrenie. Des Weiteren werden Substanzklassen benannt, bei denen ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit vorliegen muss. Diese Substanzen betreffen: Alkohol, Sedativa, Amphetamine, Phencyclidine, Cannabis, Opiate, Halluzinogene, Nikotin, Inhalantien, Kokain und Koffein (vgl. Moggi/ Donati 2004, 4-8).

1.1 Psychische Störungen

Die benannten psychischen Störungen, die bei Doppeldiagnoseklienten häufig vorkommen, werden in den nächsten Abschnitten näher erläutert. Dabei liegt der Fokus auf den Symptomen der Störungen, mit denen man in der Arbeit mit den Betroffenen konfrontiert ist. Die Beschreibung der Symptome erfolgt dafür in Anlehnung an die ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation.

² Eine vertiefende Auseinandersetzung mit dieser These erfolgt in Kapitel 1.3.2, dem Erklärungsmodell der Psychoseinduktion.

1.1.1 Schizophrenie

Schon in der Vergangenheit waren die Erscheinungsformen der Schizophrenie bekannt. Unter dem Begriff, *Dementia praecox*, fasste der deutsche Psychiater Emil Krapelin bereits 1898 die Symptome der Schizophrenie zusammen. Eugen Bleuler, der ebenfalls Psychiater war, prägte dann 1911 den Begriff der Schizophrenie (vgl. Möller/ Laux/ Deister 2001,134). In Abhängigkeit von den jeweiligen Symptomen, unterscheidet die ICD-10 (vgl. Dilling et al. 2010, 111-121) die Schizophrenie in verschiedene Subtypen und ordnet diese in unterschiedliche Klassifizierungen ein.

Möller et al. (vgl. 2001, 140-146) fassten die wesentlichen Symptome der Schizophrenie zusammen. Zu den Charakteristika gehören Halluzinationen, katatone Symptome, affektive Störungen, Ich- Störungen, formale Denkstörungen und Wahn.

Besonders häufig leiden die Erkrankten unter der akustischen Halluzination des Stimmhörens, auch können Gerüche, Geschmäcker oder körperliche Empfindungen, wie Schmerz, halluziniert werden.

Der Wahn zeigt sich durch Wahneinfälle oder Wahnwahrnehmungen. Die Erkrankten missdeuten ihre Realität und haben das Gefühl, vergiftet oder verfolgt zu werden. Im Gegensatz zu den Wahnsymptomen anderer Störungen, haben schizophrene Wahnideen oft einen magischen oder mystischen Inhalt zum Gegenstand.

Bei der formalen Denkstörung ist die Zerfahrenheit des Denkens kennzeichnend, die Gedanken verlieren ihren Zusammenhang und logische Argumentationen werden unrichtig, verzerrt oder unstimmig. Durch plötzliche Gedankenunterbrechungen haben die Betroffenen das Gefühl, ihre Gedanken reißen ab oder werden entzogen.

Eine weiteres Symptom, das auch bei einer Schizophrenie auftritt, sind affektive Störungen. Diese machen sich durch inadäquate Gefühlsäußerungen bemerkbar, die nicht mit der Situation oder dem Erzählten zusammenpassen. Die Betroffenen erleben Gefühlseinbrüche, wie unbegründete Wut, Freude oder Angst. Oft haben sie, durch überhöhte Albernheit oder Heiterkeit, ein unangemessenes Auftreten. Ferner können entgegengesetzte Gefühle, wie hassen und lieben gleichzeitig nebeneinander bestehen.

Bei der Ich- Störung wird die Grenze zwischen Umwelt und Ich, von den Erkrankten als durchlässig erlebt. Sie haben das Gefühl, ihre Gedanken werden von Fremden abgehört, gesteuert oder entzogen. Ihre Handlungen, Gefühle und Körperteile nehmen sie als fremd und „*als von außen gemacht*“ (vgl. ebd. 144) wahr.

Bezeichnend für katatone Symptome sind motorische Auffälligkeiten. Bei vollem Bewusstsein sind die Erkrankten bewegungslos, verängstigt und innerlich angespannt. In ihrer Kooperationsbereitschaft machen sie vielfach das Gegenteil von dem, was von ihnen verlangt wird oder führen das Verlangte mechanisch aus. Bestimmte körperliche Haltungen, wie sinnlose Bewegungen oder Grimassen, werden beibehalten, zudem können in ihrem Bewegungsablauf plötzliche Unterbrechungen oder Sperrungen auftreten.

Während des Erkrankungsverlaufs kommt es bei schizophrenen Personen häufig zu Störungen in ihrem Sozial- und Antriebsverhalten. Es besteht ein Mangel an Energie, Interesse und Initiative. Aus sozialen Kontakten ziehen sie sich, bis in die vollständige soziale Isolation, zurück. Die persönliche Körperhygiene wird vernachlässigt und kuriose Verhaltensweisen können erkennbar sein, wie z.B. das Sammeln von Unrat.

1.1.2 Affektive Störungen

Eine erste Auseinandersetzung über Affekte findet man bei dem Philosophen Aristoteles (384- 322 v. Chr.). Er versteht „*unter Affekten alle Bewegungen der Seele, die von Lust oder Schmerz begleitet sind*“ (Möller et al. 2001, 73). Schon in der Antike wurde ein trauriger und mutloser Gefühlszustand mit dem Wort Melancholie beschrieben. Der Geisteszustand, der sich durch Verrücktheit, Enthusiasmus und Raserei auszeichnet, galt dagegen als Manie (vgl. ebd.), die von Hippokrates als eine „*fiieberhafte Geistesstörung*“ (ebd.) angesehen wurde. Anfang des 20. Jahrhunderts setzte sich zur Bezeichnung melancholischer Symptome der Begriff Depression durch. Dieser leitet sich von dem lateinischen Wort *deprimere* ab und bedeutet nieder- oder herunterdrücken. 1913 entwickelte Kraepelin die Krankheitseinheit des *manisch- depressiven Irreseins*, bei der das Wort *depressiv* für depressive und melancholische Zustände, mit ängstlicher und trauriger Stimmung, steht. Bleuler weitete 1916 diese Gefühlszustände auf die Symptome von Wahnideen, Halluzinationen und nervösen körperlichen Erscheinungen aus. Später setzte sich die Bezeichnung der manisch- depressiven Psychosen durch, die heute auch als affektive Psychosen, bezeichnet oder nach der ICD-10, unter affektive Störungen, subsumiert werden (vgl. Möller et al. 2001, 74 f.).

Zu den Subtypen affektiver Störungen gehört die depressive Episode. Diese ist durch die Leitsymptome einer depressiven Verstimmung, einer Antriebs- und Denkhemmung sowie Schlafstörungen gekennzeichnet. Bei der depressiven Verstimmung haben die Erkrankten das Gefühl der Hilflosigkeit und eine leicht gedrückte, bis schwermütige Stimmung. Die

Hemmung des Antriebs zeigt sich durch den Verlust von Interesse oder Tatkraft und geht oft mit Ängsten und innerer Unruhe einher. Häufig fühlen sich Depressive hoffnungs- und hilflos. Die Symptome können sich zur Teilnahmslosigkeit, bis hin zur völligen Bewegungslosigkeit steigern. Neben Schlafstörungen kommt es zudem oft zu Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit und zu einem Mangel der Libido. Außerdem können bei einer psychotischen Depression Wahnideen und Halluzinationen hinzutreten (vgl. Möller et al. 2001, 82-86).

Ein weiterer Subtyp ist die Manie, deren kennzeichnende Symptome eine unangepasste gehobene Stimmung, Selbstüberschätzung und eine Steigerung des Denkens und des Antriebs sind. Personen, die eine manische Störung haben, sind hyperaktiv und haben einen erhöhten Rededrang. Sie können in sozialen Kontakten distanzlos oder völlig enthemmt sein, ihre Selbstüberschätzung kann sich bis zur Größenwahnvorstellung steigern. Erschwerend ist die fehlende Krankheitseinsicht der Betroffenen, da diese sich gewissermaßen gut fühlen, fehlt bei ihnen jegliches Krankheitsgefühl (vgl. ebd. 87 f.).

Bei einer bipolaren Störung handelt es sich um wiederkehrende Episoden von gehobener Stimmung mit gesteigertem Antrieb, und einer Stimmungssenkung mit Aktivitäts- sowie Antriebsminderung. Charakteristisch wechseln sich manische und depressive Episoden ab. Die manische Episode kann dabei bis zu fünf Monaten andauern, an die sich eine Depression, mit einer Dauer von bis zu sechs Monaten, anschließen kann (vgl. Dilling et al. 2010, 144 f.). Sind bei der Manie oder depressiven Episode Symptome von Halluzinationen und Wahn vordergründig, dann kann auch das gemischte Erkrankungsbild einer schizoaffektiven Störung vorliegen (vgl. Möller et al. 2001, 89).

1.1.3 Angststörungen

Das Wort Angst entstammt den lateinischen Begriffen *angor* und *angustus*, die Enge bedeuten. Der deutsche Psychiater und Neurologe Carl Westphal berichtete 1871 detailliert über die Agoraphobie, die Angst vor fremden Plätzen, Situationen und Menschenmengen. Viele Beschwerden, die heute mit Angststörungen assoziiert werden, wurden 1880 von dem amerikanischen Neurologen George Miller Beard unter dem Begriff *Neurasthenie* beschrieben.

Angststörungen umfassen verschiedene Erscheinungsformen mit jeweils unterschiedlichen Ängsten, welche mit körperlichen und seelischen Beschwerden einhergehen. Normale Angst hat eine Schutzfunktion für den Körper, während extreme Angst das Gegenteil bewirkt und

einen Krankheitswert besitzt, weil sie grundlos auftritt und geistige sowie körperliche Funktionen beeinträchtigt. Nach der ICD-10, ist die Einteilung von Angststörungen abhängig von den Formen der Angst, sowie ihren auslösenden Faktoren und Verlaufsformen (vgl. Möller et al. 2001, 106-110).

Eine Form von Angststörungen sind Phobien. Bei der Agoraphobie haben die Betroffenen vor Institutionen und Plätzen Angst, die sich nicht in ihrem gewohnten Milieu befinden. Sie fürchten sich vor plötzlich auftretenden Problemsituationen, wie Ohnmachts-, Schwindel- und Depersonalisationsgefühlen³, bei denen keine Hilfe vorhanden oder eine Flucht schwer möglich wäre. Die soziale Phobie ist die unvernünftige und übertriebene Furcht vor Beobachtungen oder Überprüfungen durch andere Personen. Die Erkrankten haben die Angst, sich vor anderen lächerlich zu machen oder kritisiert zu werden. Häufig ist diese Art der Phobie mit einem mangelnden Selbstbewusstsein oder der Angst, kritisiert zu werden, verbunden. Symptome, die typischerweise auftreten, sind Vermeidungsverhalten, Übelkeit, Zittern und erhöhter Harndrang. Den Kranken fällt es zudem schwer, sich gegen ihre Ängste zu wehren.

Das Merkmal einer spezifischen Phobie sind andauernde Ängste vor bestimmten Objekten oder Situationen, die einen krankhaften Wert bekommen, wenn beim häufigen Vorkommen des phobischen Stimulus die sozialen Aktivitäten und Beziehungen der Erkrankten beeinträchtigt werden und ein erhebliches Leiden bei ihnen verursacht wird. Beispielsweise zählen zu dieser Erkrankung die Platzangst und Höhenangst.

Die Panikstörung, eine weitere Unterform von Angststörungen, zeigt sich durch plötzliche und grundlose Angstattacken mit einer Dauer von mehreren Minuten bis Stunden, die unerwartet und situationsungebunden auftreten. Diese Attacken sind immer mit körperlichen Symptomen, wie Herzrasen, Hitzewallungen, Atemnot, Zittern und Bauchbeschwerden, verbunden. Außerdem haben die Betroffenen oft die Angst, ihre Kontrolle zu verlieren oder zu sterben. Die generalisierte Angst ist hingegen die unrealistische oder übersteigerte Angst vor alltäglichen oder besonderen Lebensumständen. Diese bezieht sich z.B. auf die grundlose Sorge um Familienmitglieder, denen etwas passieren könnte, obwohl für sie keine Gefahr besteht oder umfasst unbegründete Alltagsorgen. Die Betroffenen können sich dabei nur schwer von ihren Ängsten distanzieren oder ablenken, ihre Krankheitssymptome sind ver-

³ Depersonalisationsgefühle beschreiben das Gefühl, seiner eigenen Person fremd zu sein. Körperteile und eigene Bewegungen werden als fremdartig empfunden und die Betroffenen haben das Gefühl, ihr Handeln und Denken würde automatisch oder mechanisch ablaufen (vgl. Peters 2007, 122).

gleichbar mit denen einer Panikstörung. Sie zeichnen sich zusätzlich durch eine anhaltende Anspannung oder Gereiztheit aus (vgl. Möller et al. 2001, 110-119).

1.1.4 Persönlichkeitsstörungen

Eine nahe Auffassung über Persönlichkeitsstörungen vertrat der deutsche Psychiater Kurt Schneider (1887-1967). Für ihn ist die Störung der Persönlichkeit eine Abweichung von vorhandenen, durchschnittlichen Persönlichkeitsmerkmalen. Eine abnorme Persönlichkeit ist die Extremvariante einer bestimmten Charaktereigenschaft, sie zeichnet sich durch die Ausprägung und Dominanz von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen aus. (vgl. Möller et al. 2001, 349). Diese zeigen sich durch anhaltende stabile Verhaltensmuster mit „*starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen*“ (ebd.). Typischerweise haben Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung gegenüber der mehrheitlichen Bevölkerung auffällige Abweichungen in ihrem Fühlen, Denken, Wahrnehmen und in sozialen Beziehungen (vgl. ebd. 349- 351). Die Verhaltensmuster und Zustandsbilder sind heterogen und werden nach der WHO in unterschiedlichen Subgruppen klassifiziert (vgl. Dilling et al. 2010, 241). Zu den überwiegenden Störungsbildern, die bei Doppeldiagnoseklienten gehäuft vorkommen, gehören die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Dissoziale Persönlichkeitsstörung (vgl. Moggi/ Donati 2004, 8).

Personen mit einer dissozialen Störung zeigen ein verantwortungsloses sowie antisoziales Verhalten. Sie können sich schwer den gesellschaftlichen Normen anpassen. Sie besitzen ein mangelndes Einfühlungsvermögen und haben kein Verständnis für die Gefühle ihrer Mitmenschen. Zudem ist ihre Frustrationstoleranz gering und die Schwelle für gewalttätiges und aggressives Verhalten niedrig. Sie sind außerdem nicht in der Lage, Schuldbewusstsein zu empfinden und aus Sanktionen zu lernen. Aus diesem Grund hat dieses Störungsbild einen erheblichen negativen Einfluss auf die sozialen Kontakte der Betroffenen.

Ein instabiles Selbstbild mit einem unbeständigen Gefühlsleben kennzeichnen die Borderline Störung. Die Erkrankten zeigen ein selbstschädigendes, sowie selbstverletzendes Verhalten, das häufig von Suizidversuchen und Selbstmorddrohungen begleitet wird. In zwischenmenschlichen Beziehungen fällt es ihnen schwer, Gefühlsdifferenzen auszuhalten, es kommt zu Überidealisierung oder Abwertung ihrer Mitmenschen. Daneben haben sie häufig das chronische Gefühl von Langeweile und einer inneren Leere (vgl. Möller et al. 2001, 353-359).

1.2 Substanzstörungen

Unter der Bezeichnung der Substanzstörung werden der Missbrauch und die Abhängigkeit von Substanzen zusammengefasst. Der Begriff Abhängigkeit, 1968 von der WHO eingeführt, leitet sich von dem unscharfen Begriff Sucht ab (vgl. Möller et al. 2001, 306). Das Wort Sucht ist dabei „auf das Wort ‚siech‘ (krank) zurückzuführen“ (ebd.), und dient zur Beschreibung von Erkrankungen, wie die Gelb- oder Schwindsucht, und auffälligen Verhaltensweisen, wie die Eifer- oder Habsucht. Aufgrund der begrifflichen Unschärfe, wurde die Sucht deshalb durch die Bezeichnung der Abhängigkeit ersetzt.⁴

Substanzabhängigkeit oder Sucht bezeichnet ein zwanghaftes Verlangen oder ein dominierendes Bedürfnis, auf spezifische Substanzen angewiesen sein zu müssen. Dieses Bedürfnis oder Verlangen zeigt sich durch einfache Gewohnheiten oder süchtige Verhaltensweisen, die einer Fehlhaltung oder Fehlentwicklung entspringen. Mit Suchtmitteln und Suchtverhalten wird versucht, Situationen, die als belastend und unbefriedigend empfunden werden, zu bewältigen. In diesem Zusammenhang bezeichnet die Sucht oder Abhängigkeit einen Zustand, der durch eine periodische oder chronische Intoxikation verursacht wird und bei wiederholtem Konsum von Substanzen für die Betroffenen und die Gesellschaft schädlich ist (vgl. ebd.). Bachmann und El-Akhras (2009, 4), bringen den Begriff der Suchtabhängigkeit zusammenfassend auf einen Punkt, wonach derjenige abhängig ist,

„wer den Konsum einer psychisch wirksamen Substanz nicht beenden kann, ohne dass unangenehme Zustände körperlicher oder psychischer Art eintreten, oder wer den Konsum des Suchtmittels nicht einstellen kann, obwohl er sich oder anderen immer wieder schweren Schaden zufügt“

Der Substanzmissbrauch ist hingegen durch die übermäßige Einnahme von Substanzen bzw. Drogen⁵, ohne medizinische Heilanzeigen, gekennzeichnet. Dieses Verhalten führt zu einer psychischen und physischen Gewöhnung, die eine Dosissteigerung zur Folge hat und sich zu einer Sucht bzw. Abhängigkeit entwickeln kann (vgl. Möller et al. 2001, 306).

⁴ Beide Begriffe, Abhängigkeit und Sucht, werden, um Wortwiederholungen zu vermeiden, synonym in dieser Arbeit verwendet.

⁵ Drogen sind psychoaktive Substanzen, „die psychische Veränderungen erzeugen“ (Tretter 2008, 3). Diese umfassen legale (z.B. psychotische Medikamente, Alkohol) und illegale Substanzen (z.B. Kokain, Cannabis) (vgl. ebd.). Die Begriffe, Droge und Substanzen, werden in dieser Arbeit synonym für die Bezeichnung psychoaktiver Substanzen verwendet.

Über die Suchtstörung gibt es verschiedene Auffassungen und das Verständnis darüber, was Sucht ist, variiert nach dem jeweiligen theoretischen und empirischen Zugang (vgl. Heckmann 2008, 946).

Aus biologischer Sicht passt sich das Gehirn einer andauernden Drogenzufuhr an. Nach dem Konsum von Substanzen tritt im Gehirn ein neurochemischer Belohnungseffekt ein, der die Betroffenen animiert, den Drogenkonsum aufrechtzuerhalten (vgl. Tretter 2008, 14). Sucht gilt daher als „eine erworbene neurochemische Gehirnkrankheit“ (ebd.). Überdies besitzen bestimmte Menschen eine verschieden ausgeprägte, substanzspezifische Verletzbarkeit, die das Risiko, eine Sucht bzw. Abhängigkeit zu entwickeln, erhöhen kann (vgl. ebd.).

Der psychologische Zugang versteht Sucht als ein gelerntes Verhalten, ohne dabei Annahmen über das biologische Innenleben der Menschen zu treffen (Tretter 2008, 38). Durch die sogenannte, operative Konditionierung wird die Wiederaufnahme des Drogenkonsums gesteigert, da die Substanzen einen belohnenden Effekt, durch „Luststeigerung oder Unlustminderung“ (ebd.), auf die Person ausüben. Der Mechanismus der klassischen Konditionierung, der als Signallernen bezeichnet wird, wird durch Reize ausgelöst, die das Verlangen nach Drogenkonsum steigern. Werden bestimmte Situationen oder Reize mit der Einnahme von Substanzen assoziiert, dann kann beim Eintreten der Selbigen die Wiederaufnahme des Konsums ausgelöst werden (vgl. ebd., 38 f.).

Die psychoanalytische Perspektive, die sich an das psychodynamische Modell von *Es*, *Über-Ich* und *Ich* von Sigmund Freud anlehnt, versteht süchtiges oder abhängiges Verhalten als Ausdruck eines Wechselspiels zwischen Verlangen und Vernunft. Das Verlangen nach Drogen verbindet sich mit dem *Es* gegen die Vernunft des *Über-Ichs*. Diese Instanzen halten die Einheit des *Ichs* einer Person im Gleichgewicht (vgl. Tretter 2008,39). Drogen können als „*Hilfs-Ich*“ (ebd.) das *Über-Ich* dämpfen und die Spannungen zwischen beiden Instanzen reduzieren. Menschen mit starken, überdauernden Spannungen zwischen *Es* und *Über-Ich* empfinden durch Drogenkonsum eine Entspannung, diese Empfindung treibt dann die weitere Substanzeinnahme an (vgl. ebd., 39 f.).

Das Stress- Konzept der Abhängigkeit geht davon aus, dass Drogen zur Linderung von negativen Affekten, die Stress verursachen, konsumiert werden. Das negative Befinden entsteht durch objektive Stressoren der Umwelt und deren subjektiven Bewertung. (vgl. ebd., 41). Stress offenbart demzufolge eine Diskrepanz „zwischen vorhandenen Fähigkeiten, Fertigkeiten oder Einstellungen und Anforderungen, denen man mit dem gewohnten Handeln nicht begegnen kann“ (Eppel 2007, 12). Wird die Umwelt als belastend emp-

funden, werden Drogen konsumiert, um diese Empfindungen zu minimieren (vgl. Tretter 2008, 41).

Grundsätzlich können die aufgeführten Suchttheorien in einem Suchtdreieck eingebettet werden. Die Merkmale und Wirkungen von Drogen, der Umwelt und der Personen, können eine Suchtentwicklung bewirken. In einem Umfeld, in dem es keine Drogen gibt, können diese nicht konsumiert werden auch wenn jemand eine genetische Verletzbarkeit, von Drogen abhängig zu werden, besitzt. Dennoch gibt es in der Gesellschaft Drogen mit unterschiedlichen Suchtpotenzialen und bestimmte Menschen oder Lebensbereiche mit einem erhöhten Suchtrisiko. Entscheidend für die Entwicklung einer Suchtabhängigkeit, ist das Zusammentreffen von individuellen Schutz- und Risikofaktoren (vgl. Tretter 2008, 11 f.).

Zusammenfassend gibt es bestimmte Merkmale, um die Symptome einer Abhängigkeit oder Sucht zu beschreiben. Suchtstoffe erzeugen bei den Betroffenen positive Gefühle, bei gleichzeitiger Minimierung von negativen Empfindungen. Zudem handelt es sich um ein maßloses Verhalten bezüglich der Dauer, Substanzmenge und der Häufigkeit des Konsums. Dieses Verhalten geht mit einer Dosissteigerung einher, da das Gehirn eine Toleranz gegenüber den Suchtmitteln entwickelt. Ein weiteres Merkmal ist das Unvermögen der Betroffenen, sich von ihrem Verhalten zu distanzieren. Sie verlieren die Kontrolle über den Konsum und können nicht abstinent bleiben, obwohl psychische und körperliche Schäden, sowie negative soziale Folgen auftreten (vgl. Tretter 2008, 5). „*Somit handelt es sich um ein krankheitswertiges Geschehen*“ (ebd.). Im Sinne eines Teufelskreises bekommt das süchtige Verhalten eine Eigendynamik. Die Konfrontation mit den negativen Folgen des Drogenkonsums führt bei den Betroffenen zu Abwehr- und Bewältigungsmechanismen, welche zu einem erneuten Suchtmittelkonsum führen können (vgl. ebd.).

1.3 Modelle zur Erklärung der Komorbidität zwischen psychischen Störungen und Substanzstörungen

In der Literatur finden sich vier Erklärungsmodelle, die zur Begründung der Entstehung von Doppeldiagnosen erwähnt werden. Diese beschränken sich lediglich auf schizophrene Störungen und umfassen nicht die Bandbreite aller psychischen Störungsbilder. Um Einblicke in den derzeitigen Forschungsstand und um ein vertiefendes Verständnis für die Entstehung von Doppeldiagnosen zu gewinnen, werden die Modelle kurz veranschaulicht. Sie basieren

dabei auf Hypothesen, die nicht immer eindeutig wissenschaftlich belegt werden konnten. Es handelt sich um die Modelle der sekundären Suchtentwicklung, der Psychoseinduktion, der gemeinsamen ätiologischen Faktoren und dem Modell zur Erklärung eines bidirektionalen Zusammenhangs von schizophrenen Psychosen⁶ und Suchterkrankungen.

1.3.1 Sekundäre Suchtentwicklung

Dieses Modell geht davon aus, dass süchtiges Verhalten eine Reaktion oder ein ungünstiger Bewältigungsversuch auf die Symptome und Auswirkungen einer schizophrenen Psychose ist. Die sogenannte *„Selbstmedikationshypothese der Sucht bei psychotischen Patienten hat über lange Zeit die Vorstellungen zu den Grundlagen der Komorbidität dominiert“* (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 7). Diese unterstellt den Konsum von bestimmten Substanzen mit ihren spezifischen, psychotropen Wirkungen gegen bestimmte Krankheitssymptome und Beschwerden, sowie den Nebenwirkungen von Neuroleptika. Dieser Zusammenhang konnte aber in Untersuchungen nicht bewiesen werden. Vielmehr hängt der Konsum von bevorzugten Substanzen mit der örtlichen und zeitlichen Verfügbarkeit der Stoffe zusammen.

Als Erweiterung der Selbstmedikationshypothese wird das Affektregulationsmodell verstanden. Demnach sind es bei schizophrenen und gesunden Menschen ähnliche Persönlichkeitsmerkmal, wie der Hang zu negativen Gefühlen, Neurotizismus⁷, Disinhibition⁸ und starke Impulsivität, die für einen Suchtmisbrauch prädisponieren. Mit Forschungsergebnissen, die vor dem Ausbruch einer schizophrenen Psychose bei den Betroffenen eine erhöhte Neigung zu diesen Affekten feststellten, wird angenommen, dass der Substanzmissbrauch der Versuch ist, diese diffusen Gefühle zu bewältigen (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2007, 7-9).

Als weitere Ursache wird der soziökonomische Status von schizophren Erkrankten angeführt, obwohl dies nicht durch direkte Befunde belegt ist, *„Im Sinne des social drift befindet sich somit der Lebensraum der Patienten häufig in sozialen Brennpunkten“* (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 10). In denen ist normabweichendes Verhalten, sowie der Konsum von Drogen und Alkohol verbreiteter. Vermutet wird, dass sich Personen mit abweichenden Ver-

⁶ Der Begriff Psychose bezeichnet psychische Störungen, die gekennzeichnet sind durch einen strukturellen *„Wandel des Erlebens“* (Psychrembel et al. 2001, 1380). Als Psychosen sind früher die Schizophrenie, die affektiven Störungen und schizoaffektiven Störungen bezeichnet worden (vgl. ebd.). Die Begriffe Psychose oder psychische Symptome werden in dieser Arbeit jeweils für die Bezeichnung dieser drei Störungen und deren Symptome verwendet. Wenn sich die psychischen Symptome auf eine spezielle Störung beziehen, ist dies kenntlich gemacht worden.

⁷ Neurotizismus ist eine fehlende emotionale Stabilität, die den Betroffenen anfällig für neurotische Symptome bei zu hohen Belastungen macht (vgl. Peters 2007, 366).

⁸ Disinhibition beschreibt ein enthemmtes Verhalten (vgl. Peters 2007, 641).

haltensweisen gegenüber anderen Auffälligkeiten vorurteilsfreier zeigen, sodass sich Menschen mit einer psychischen Erkrankung anscheinend dort wohler und angenommener fühlen (vgl. ebd.).

Zu den Hypothesen der sekundären Suchtentwicklung wird auch das Supersensitivitätsmodell gezählt. Angenommen wird, dass Personen mit einer Schizophrenie eine höhere psychosoziale Verletzbarkeit aufweisen und auf Belastungsfaktoren sensibler reagieren. Ursachen dieser Verwundbarkeit können genetische Faktoren und Umweltereignisse, wie erlebte Traumata, sein. Mehrere Forschungsergebnisse stützen diese Annahme, wonach schizophrene Personen bereits bei niedrigen Konsummengen von Drogen klinische Symptome zeigen. Kleine Konsummengen können so bereits das Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln, erhöhen (vgl. Mueser/ Brunette/ Drake 2007, 118 f.).

1.3.2 Psychoseinduktion

Bereits im Rauschzustand, nach dem Konsum von Halluzinogenen und Cannabis, gibt es Ähnlichkeiten zu den Symptomen einer akuten schizophrenen Psychose. Als Komplikation kann es dabei zu induzierten schizophrenieähnlichen Psychosen kommen, die mehrere Tage oder Wochen andauern können (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2007, 11). Das Modell der Psychoseinduktion geht davon aus, dass Psychosen durch den Konsum von Substanzen entstehen oder „*ausgeklinkt*“ (ebd.) werden und sich ohne weiteren Konsum zu einer schizophrenen Psychose manifestieren können. Gestützt wird dieses Modell durch Befunde, bei denen vor Ausbruch einer akuten Psychose, der Konsum von Cannabis vorausgegangen ist. Diese Forschungsergebnisse konnten allerdings nicht sicher bewiesen werden, es wird angenommen, dass Cannabis, beim Vorliegen einer biologischen Verwundbarkeit, den Krankheitsausbruch beschleunigen könnte. Vereinbar ist diese Vermutung mit Befunden, wonach komorbide Personen, die Cannabis konsumieren, beim Ausbruch ihrer schizophrenen Erkrankung im Durchschnitt jünger sind, als schizophrene Patienten ohne Substanzmissbrauch. Der Konsum von Cannabis wird folglich als Risikofaktor für das Entstehen einer Psychose gewertet. Dennoch herrscht Unklarheit darüber, wie hoch die Anteile von Drogeneffekten und der biologischen Verwundbarkeit auf die Entstehung einer schizophrenen Psychose sind. (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2007, 11-16). Die Unbestimmtheit des Erklärungsmodells für die Entstehung einer Psychose durch Drogenkonsum, könnte so den Ausschluss der Diagnosestellung einer Doppeldiagnose, bei drogeninduzierten psychoseähnlichen Phänomenen, erklären.

1.3.3 Gemeinsame ätiologische Faktoren

Dieses Erklärungsmodell steht für die These einer gemeinsamen neurobiologischen Verwundbarkeit, die zur Entstehung einer Sucht, sowie schizophrenen Psychose, prädisponiert. Bislang konnte diese Hypothese durch Familien- und Zwillingsstudien nicht abgesichert werden. Allerdings werden einige Forschungsbefunde so interpretiert, dass die neurobiologische Vulnerabilität der Schizophrenie die biologischen Mechanismen verstärkt, die Effekte von Drogen intensiviert und die Verwundbarkeit für einen Substanzmissbrauch oder eine Substanzabhängigkeit erhöht (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2007, 16-20).

Neuere Forschungsergebnisse lassen den Einfluss der Antisozialen Persönlichkeitsstörung als Faktor für die Genese einer Doppeldiagnose erkennen. Entdeckt wurde der Zusammenhang von Verhaltensstörungen aus der Kindheit, wie Schule schwänzen, Lügen und Schlägereien, mit der Vorhersage für das Entstehen einer späteren Schizophrenie. Gestützt wird dies durch Ergebnisse, nach denen Personen mit einer schizophrenen Psychose und Antisozialen Persönlichkeitsstörung eine höhere Wahrscheinlichkeit für Suchtmittelabhängigkeit aufwiesen, als Personen, die keine Antisoziale Persönlichkeitsstörung hatten. Trotz dieser Feststellungen ist die Rolle der Antisozialen Persönlichkeitsstörung, als Risikofaktor für die Entstehung einer psychischen Störung mit gleichzeitiger Substanzabhängigkeit, unklar.

Als Erklärungszusammenhang wird auch der sozioökonomische Status, wie für das Modell der sekundären Suchtentwicklung, angeführt. Dieser könnte ein gemeinsamer Risikofaktor für die Entstehung einer Doppeldiagnose sein. Befunde weisen außerdem auf eine kognitive Beeinträchtigung oder niedrige Intelligenz hin, die das Risiko, an einer schizophrenen Psychose zu erkranken, erhöhen können. Diese Vermutung wurde aber bis heute nicht erforscht. Aufgrund der nicht abgeklärten Ergebnisse wird für möglich gehalten, dass eine grundlegende Gehirnschädigung, in Verbindung mit verschiedenen Risikofaktoren, zu mehreren, gleichzeitig auftretenden Erkrankungen führen kann (vgl. Mueser et al. 2007, 112-115).

1.3.4 Bidirektionales Modell

Gouzoulis-Mayfrank (vgl. 2007, 20-22) kritisiert die Einseitigkeit der vorangegangenen Erklärungsmodelle. Diese würden sich so darstellen, als würde jedes für sich richtig sein. *„Schließlich ist es vorstellbar und sogar sehr plausibel, dass selbst bei einem einzelnen Patienten eine Kombination aus Mechanismen der verschiedenen Modelle vorliegen kann“* (ebd., 20). Im Sinne eines Teufelskreises kann sich ein Substanzmissbrauch, als Bewälti-

gungsversuch bei anfälligen Jugendlichen und Erwachsenen, mit hinweisenden Symptomen auf eine Schizophrenie, mangelnden Problemlöseressourcen und emotionalen Problemen entwickeln. Der Substanzmissbrauch kann in der Folge, insbesondere bei Stimulantien, Halluzinogenen und Cannabis, die Psychose begünstigen. In einer Studie wurde herausgefunden, dass Cannabiskonsum zu psychotischen Rückfällen führte und die Zunahme von psychotischen Symptomen zu Rückfällen in den Konsum von Cannabis. Die Symptome einer Psychose können folglich durch Drogeneinfluss verstärkt werden und diese begünstigen andererseits den Konsum von Substanzen (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2007, 20-22).

2. Behandlungs- und Versorgungssituation von Doppeldiagnoseklienten

Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit der Versorgung und Behandlung von Doppeldiagnoseklienten. Dabei geht es um die Probleme und Anforderungen, die an eine adäquate Behandlung gestellt werden und den sich daraus ableitenden Empfehlungen für ein geeignetes Hilfesetting. Diese Erkenntnisse bilden gleichzeitig die Grundlage für die empirische Forschung dieser Arbeit.

2.1 Probleme

Die Behandlung von Personen mit einer Doppeldiagnose ist immer noch unbefriedigend. Die psychosoziale Versorgung und Therapie wird, durch die Heterogenität der Krankheitsbilder und deren Folgeerscheinungen, erschwert. Spezifische Probleme resultieren aus der starken Interaktion zwischen psychischen Störungen und Sucht. Die Klienten besitzen ein hohes Chronifizierungsrisiko ihrer Störungen, das Wiederaufnahmen in stationären Behandlungssettings zur Folge hat. Zudem haben sie ein erhöhtes Rückfallrisiko in den Suchtkonsum, eine reduzierte Behandlungsmotivation und ein größeres Risiko, von sozialer Isolation betroffen zu sein (vgl. Hilger 2009, 11).

Für die Komorbidität von Schizophrenie und Sucht stellten D'Amelio, Behrend und Wobrock (vgl. 2011, 56) eine schlechtere Prognose des Krankheitsverlaufs, sowie häufige Rehospitalisierungen fest. Der Fortbestand des Substanzkonsums kann bei den Erkrankten den Verlauf der Psychose negativ beeinflussen und die psychischen Symptome verschlimmern. In Untersuchungen fand man bei den Betroffenen eine ausgeprägte Desorganisiertheit,

häufigere somatische Folgeerkrankungen, sowie Suizide und Suizidversuche heraus, als bei schizophrenen Personen, die keine Drogen konsumierten.

Über ein erhöhtes Rückfallrisiko berichtet Verheul (vgl. 2007, 221), demnach können Affektive Störungen und Angststörungen, im Sinne der Selbstmedikationsthese, das Rückfallpotenzial erhöhen, weil Drogen zur Linderung von negativen Empfindungen und Ängsten konsumiert werden. Dieser Zusammenhang lässt sich mit Einvernehmen auf die Symptome der Schizophrenie, sowie den sozialen Folgen von Persönlichkeitsstörungen, übertragen.

Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung sind anfällig für negative Gefühle und Probleme im interpersonellen Bereich, die als Vorläufer für einen Drogenrückfall gelten. Aufgrund ihres unsozialen und provokativen Verhaltens, verringern sich ihre sozialen Unterstützungspotenziale und bestimmte Lebensereignisse können als Belastung erlebt werden (vgl. Verheul 2007, 228 f.). Befragungen von Betroffenen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und Substanzabhängigkeit ergaben eine niedrigere Lebenszufriedenheit, erhöhte Impulsivität, häufigere depressive Verstimmungen und vermehrte soziale Ausgrenzungen im Vergleich zu suchtkranken Patienten, die keine Persönlichkeitsstörung hatten. Zudem stellt der gesteigerte Grad an Unzuverlässigkeit, Regelbrüchen, verminderter Steuerungsfähigkeit und mangelnder Affektkontrolle, einen hohen Anspruch an die Versorgung und Therapie dieser Patientengruppe (vgl. Daig/ Bempohl/ Kienast 2011, 364).

Die Ursache für die reduzierte Behandlungsmotivation der Klienten ist ihre fehlende Einsicht für die Dynamik zwischen psychischen Störungen und Drogenkonsum, welche aus einer neuropsychologischen Beeinträchtigung resultiert. (vgl. Brodbeck 2007, 161). Schnell und Gouzoulis-Mayfrank (vgl. 2011, 385) weisen auf die Schädigung der kognitiven Leistungsfähigkeit durch den Konsum von Drogen hin. In Verbindung mit dem verminderten Denkvermögen von schizophrenen Menschen, zeigen Doppeldiagnoseklienten, mit Schizophrenie und Sucht, höhere Defizite in ihrer kognitiven Performance, als Personen, die an nur einer Störung erkrankt sind. Die Behandlungsbereitschaft wird zusätzlich erschwert, dass die Betroffenen positive Wirkungen durch Drogenkonsum erleben. Der Konsum führt bei ihnen zu einer gefühlten Verbesserung des Kontaktverhaltens, des Antriebs und ihrer Vitalität (vgl. D'Amelio et al. 2007, 57), auch fehlen bei ihnen wichtige Ziele, die für eine Abstinenzmotivation wichtig sind. Sie sind häufiger von Erwerbsunfähigkeit oder Langzeitarbeitslosigkeit betroffen und leben zumeist ohne Partner und sozial zurückgezogen (vgl. Schnell/ Gouzoulis-Mayfrank 2011, 387).

2.2 Konträre Behandlungsansätze

Neben den heterogenen Krankheitsbildern, sowie der Dynamik von psychischen Störungen und Substanzabhängigkeit, wird die Behandlung und Versorgung von kormorbiden Personen durch eine zusätzliche Herausforderung erschwert, denn für ihre Behandlung müssen Vorgehensweisen miteinander verbunden werden, die sich in den letzten Jahrzehnten konträr voneinander entwickelt haben. Die Behandlungsansätze der psychiatrischen Hilfe, mit ihrem fürsorglichen und beschützenden Charakter, stehen im Gegensatz zu denen der Suchttherapie (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2007, 29), „mit Betonung bzw. Konfrontation mit der Eigenverantwortlichkeit des Patienten“ (ebd.). Diese Sichtweisen sind von der Vorstellung getragen, dass den psychischen Störungen das Merkmal einer Krankheit, aber der Drogenabhängigkeit das einer Fehlhaltung oder Verhaltensauffälligkeit zugeschrieben wird. Als Resultat arbeiten in der Suchtbehandlung traditionell überwiegend nichtärztliche TherapeutenInnen, die eine fehlende Erfahrung mit der psychiatrischen Krankenbehandlung haben. Folglich sind die MitarbeiterInnen mit der Versorgung von Patienten mit einer psychischen Störung überfordert, und die psychische Erkrankung stellt oft den Ausschluss für die Aufnahme in eine Suchteinrichtung dar (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2007, 29).

Klassische stationäre Einrichtungen für Suchtpatienten stellen hohe Ansprüche an die Drogenabstinenz der Betroffenen. Wenn diese ihre Behandlungsplätze beibehalten möchten, dürfen sie nicht rückfällig in den Substanzkonsum werden und müssen Einschränkungen und Kontrollen auf sich nehmen (vgl. ebd., 33). Diese Situation stellt eine Hürde für die Erkrankten dar, weil sie häufig wenig abstinenzmotiviert sind und Drogen, zur Linderung ihrer psychischen Symptome, konsumieren. Die Symptome können unter Abstinenz dann verstärkter und übermächtiger erlebt werden und erst recht zu Rückfällen in alte Konsummuster führen. Dieser Umstand wird in den Suchthilfeeinrichtungen, durch eine fehlende Vermittlung von alternativen Bewältigungsstrategien, gegen die psychischen Symptome von Doppeldiagnoseklienten verstärkt (vgl. Loeber/ Dinter/ Mann 2011, 378). Ebenfalls gibt es im Suchthilfesystem oft Vorbehalte für eine Psychopharmakotherapie der Klienten, so dass die psychischen Störungen häufig nicht medikamentös behandelt werden (vgl. Hilger 2009, 17). „Folglich erscheint es [...] nicht sinnvoll die Abstinenz oder eine langfristige Abstinenzmotivation als Voraussetzung für die Behandlung [...] zu definieren“ (Schnell/ Gouzoulis-Mayfrank 2011, 387).

Das Leben in einer therapeutischen Gemeinschaft ist das klassische Behandlungsmodell von Substanzabhängigen. In der Gruppe sollen sich die Erkrankten soziale Verhaltensweisen aneignen und lernen, eine feste Tagesstruktur sowie Regeln einzuhalten (vgl. D'Amelio et al. 2007, 35). Hilger (vgl. 2009, 17) macht dazu deutlich, dass eine Behandlung, in einem schwerpunktmäßig gruppenorientierten Setting, für Doppeldiagnoseklienten, durch ihre begrenzte oder nichtvorhandene emotionale Belastungsfähigkeit, schwer aushaltbar ist.

Daneben sind insbesondere schizophrene Patienten, auch mit einer konfrontativen und fordernden Haltung, in der Suchtbehandlung überfordert (vgl. D'Amelio et al. 2007, 78).

Auf der anderen Seite findet die Problematik der Suchtstörungen von Doppeldiagnoseklienten, in der psychiatrischen Hilfe oft wenig Beachtung und der Drogenkonsum wird nebensächlich betrachtet, oder toleriert (vgl. Moggi/ Donati 2004, 34). Ausgehend von dem negativen Einfluss des Substanzkonsums auf das psychische Erleben der Betroffenen, kann die psychiatrische Behandlung zusätzlich erschwert werden.

Auch die gewährende und beschützende Haltung in einem psychiatrischen Hilfesetting trägt zu keiner Hilfe gegen die Suchtproblematik bei. *„Suchterkrankungen sind häufig durch einen chronischen Verlauf mit zahlreichen Rückfällen gekennzeichnet“* (D'Amelio et al. 2007, 27), die negative Folgeschäden erhöhen können und zu einer weiteren Beeinträchtigung der Kognition, Aufmerksamkeit und Leistungsfähigkeit beitragen. Hinzu kommt eine verstärkte Ausprägung körperlicher und sozialer Folgeschäden (vgl. ebd.), die, wie im vorangegangenen Kapitel angeführt wurde, die Behandlung von Komorbidität zusätzlich erschweren können. Schnell und Gouzoulis-Mayfrank (2011, 383) gehen davon aus, dass sich die *„Behandlung von Patienten mit Schizophrenie bis vor wenigen Jahren häufig auf psychiatrische Konsultationen, in denen primär medikamentöse Strategien optimiert wurden“*, beschränkte. In den Hintergrund trat die Thematisierung der Integration und Verarbeitung von psychischem Erleben bei den Erkrankten (vgl. ebd.). Dementsprechend kann auch eine fehlende Auseinandersetzung mit der Drogenabhängigkeit der Klienten angenommen werden. Entgegengesetzt gibt es aber auch allgemeine psychiatrische Einrichtungen, die die Abstinenzfähigkeit der Betroffenen für eine Behandlungsaufnahme voraussetzen (vgl. Loeber et al. 2011, 378). Doppeldiagnoseklienten werden so, aufgrund ihrer geringen Abstinenzmotivation, von der Behandlung ihrer psychischen Störungen ausgeschlossen. Beiden Hilfesystemen fehlt es also an Interventions-, und Behandlungsstrategien, die der Interaktion von psychischer Störung und Substanzabhängigkeit gerecht werden können.

Aus diesem Grund entwickelten einige Träger, seit den 1990er Jahren, ambulante und stationäre Angebote für Doppeldiagnoseklienten, die versuchen, die verschiedenen Interventions-

formen beider Hilfesysteme zu einem Behandlungssetting zu integrieren (vgl. Sadowski/Niestrat 2010, 16). Die wesentlichen Grundzüge einer integrierten Behandlung werden dafür im folgenden Kapitel näher beschrieben.

2.3 Integrierte Behandlungsansätze

In Deutschland setzten sich in den vergangenen Jahren vermehrt Träger und Einrichtungen mit der Umsetzung integrierter Behandlungsansätze auseinander, dennoch ist die Versorgung und Behandlung von Doppeldiagnoseklienten nicht optimal (Loeber et al. 2011, 379). Moggi (vgl. 2007a, 186) weist, insbesondere bei der Komorbidität von Substanzabhängigkeit mit einer Angststörung oder Depression, auf mangelnde empirische Untersuchungen hin, die Aussagen über die Wirkung von integrativen Therapien machen und deren Wirkung nicht konkret nachweisen konnten. Integrative Behandlungsempfehlungen fußen daher größtenteils auf Erfahrungen, die mit der Versorgung von komorbiden Klienten gemacht wurden. Besonders in den 90er Jahren entstanden intensive Behandlungssettings mit mehreren Therapieeinheiten pro Tag für Doppeldiagnoseklienten. Die Erfahrung zeigte aber, dass die Erkrankten nicht fähig waren, die Dichte dieser Hilfen auszuhalten, in dessen Folge mussten diese Behandlungsansätze weiterentwickelt werden (vgl. Schnell/ Gouzoulis-Mayfrank 2011, 386 f.).

Einigkeit herrscht momentan darüber, dass eine integrierte Behandlung durch Therapeuten-teams (Psychologen, Ärzte, Sozialarbeitern/ Sozialpädagogen, Suchttherapeuten usw.) durchgeführt wird, welche über Wissen sowie Erfahrungen aus der Sucht- und psychiatrischen Hilfe verfügen und die Interventionsformen beider Hilfesysteme aufeinander anpassen (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 30 f.).

Durch die Heterogenität der Krankheitsbilder und deren spezifische Dynamiken ist eine individualisierte Hilfe oder Therapieplanung für die Betroffenen unabdingbar, denn ihre verschiedenen Störungsbilder stellen unterschiedliche Behandlungsanforderungen (vgl. Hilger 2009, 15-17). Durch eine genaue Fallkonzeption kann ein individuelles Verständnis über die Dynamik beider Störungen gewonnen werden. Dieses Wissen dient zur Indikationsfindung von speziellen Interventionsangeboten für die Betroffenen. Informationen, die dafür wichtig sind, umfassen Kenntnisse von der aktuellen Lebenssituation der Erkrankten und ihrer Biografie sowie Familiensituation. Außerdem werden ihre Ressourcen, Probleme, Motivationen

und Wünsche erfasst (vgl. Moggi/ Donati 2004, 35 f.).⁹ Zusätzlich sollte die Behandlung, abhängig von dem momentanen Befinden und dem Ausmaß der Störungsbilder, flexibel gestaltet werden (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2007, 31).

Das strikte Abstinenzparadigma der Suchttherapie kann für eine integrative Behandlung nicht vorausgesetzt werden, da dies bei den Betroffenen zu vermehrten Suchtrückfällen oder einer Verschlimmerung ihrer psychischen Symptome führen würde (vgl. Hilger 2009, 17). Im Sinne einer Abstinenzorientierung sollte die Abstinenzmotivation der Erkrankten gestärkt werden. Gouzoulis-Mayfrank (vgl. 2007, 44-51) verweist dazu auf die Prinzipien und Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick.¹⁰ Diese wird primär für die Behandlung von suchtkranken Personen eingesetzt, und sollte deshalb an die psychischen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen der Klienten angepasst werden.

Wie bereits festgestellt wurde, wird in der grundständigen Suchthilfe eine medikamentöse Therapie häufig abgelehnt. Obwohl Studien über die Medikation bei Doppeldiagnoseklienten selten sind (vgl. Drake/ Mueser 2007, 204), ist eine pharmakologische Behandlung in der integrierten Versorgung von komorbiden Klienten ein fester Bestandteil (vgl. Hilger 2009, 17). Medikamentöse Strategien werden, bei entsprechender Indikation, zur Therapie psychiatrischer Symptome eingesetzt und können das Rückfallrisiko in den Substanzkonsum und dessen Folgeerkrankungen verringern. Auch werden sie gegen unerwünschte Begleiterscheinungen von anderen Psychopharmaka angewendet (vgl. D'Amelio et al. 2007, 83).

Für die Behandlung von Doppeldiagnoseklienten ist der Einfluss eines guten familiären Umfeldes von Bedeutung. Die emotionale, finanzielle und praktische Unterstützung durch Familienmitglieder oder Freunde hat einen positiven Einfluss auf den Verlauf des Drogenkonsums und der psychischen Störungen. Integrierte Behandlungen umfassen deshalb Familieninterventionen, durch die den Angehörigen Informationen über die Störungen, deren Symptome und den Wirkungen von Medikamenten vermitteln werden. Daneben soll die Motivation und Problemlösekompetenz des Familiensystems gestärkt werden, um mit Familienmitgliedern, die eine Doppeldiagnose haben, adäquat umgehen zu können (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2007, 56 f.)

⁹ Eine nähere Ausführung dazu, wie diese Informationen gewonnen und interpretiert werden können, sowie weitere Bereiche einer Fallkonzeption, finden sich bei Moggi und Donati (2004, 35-44).

¹⁰ Die Motivierende Gesprächsführung konzentriert sich auf Motivationsprobleme von Personen, die nicht bereit sind, oder ambivalent sind, in Bezug auf Veränderungen (vgl. Miller/ Rollnick 2004, 56). Für ein vertieftes Verständnis, über die Methoden und Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung sei an dieser Stelle auf Miller und Rollnick (2004) verwiesen.

Spezifische Elemente, die zur Behandlung komorbider Patienten verwendet werden, orientieren sich an der Verhaltenstherapie. Kognitive Trainingsprogramme haben das Ziel, kognitive Funktionen, wie die Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit der Klienten, zu verbessern. Ergänzend belegen empirische Studien die Wirksamkeit von Übungen zur sozialen Kompetenzsteigerung bei schizophrenen Patienten, zur Verbesserung ihrer sozialen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten. Auch verhaltenstherapeutische Ansätze aus der klassischen Suchtbehandlung können in der Therapie der Komorbidität eingesetzt werden. Die Betroffenen lernen, Verhaltensweisen oder Situationen einzuschätzen, die ihr Verlangen nach Drogen verstärken. Zudem erlernen sie Bewältigungsstrategien, um mit Gefahrenquellen besser umgehen zu können. Die Methoden umfassen praktische und übende Verfahren, da eine komplexe kognitive Vermittlung Doppeldiagnosepatienten aufgrund ihrer kognitiven Defizite überfordern würde. Für die stationäre und ambulante Behandlung gibt es mittlerweile auch spezielle psychoedukative Maßnahmen.¹¹ Diese vermitteln ein Wissen über die Ursachen, Symptome, Folgeschäden und die Behandlung von psychischen Störungen und Suchtmittelabhängigkeit, darüber hinaus werden die Betroffenen über die dynamischen Zusammenhänge beider Störungen aufgeklärt. Durch einen interaktiven und lebendigen Stil werden die Wissensinhalte den Klienten in Kleingruppen vermittelt, auf eine frontale Vermittlung wird zugunsten der mangelnden Belastungsfähigkeit der Erkrankten verzichtet (vgl. ebd., 51-55). In Kapitel 2.1 ist beschrieben, dass Doppeldiagnoseklienten oft ein mangelndes Verständnis für die Dynamik zwischen psychischen Störungen und Sucht haben. Dieser Umstand unterstützt deshalb die Notwendigkeit des Einsatzes von psychoedukativen Maßnahmen in der Therapie mit komorbiden Patienten.

Über soziotherapeutische Angebote merken D'Amelio et al. (vgl. 2007, 85) an, dass die „*Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation und Wohnangebote [...] in ein integriertes Therapieangebot eingebettet sein*“ sollten. Dies ist, vor dem Hintergrund häufiger Obdachlosigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder einer fehlenden Berufsausbildung von Doppeldiagnoseklienten, von zentraler Bedeutung.

Rezipierte Studien von Drake und Mueser (vgl. 2007, 208) weisen außerdem auf positive Behandlungsergebnisse von Doppeldiagnosepatienten hin, die in länger andauernden Be-

¹¹ Manuale für eine Psychoedukation und Verhaltenstherapie, für die spezielle Komorbidität von Schizophrenie und Sucht, wurden von Gouzoulis-Mayfrank (2007), sowie D'Amelio, Behrend und Wobrock (2007) entwickelt. Die einzelnen Sitzungen dieser Programme haben eine Zeitdauer von etwa 60 Minuten und werden in Kleingruppen durchgeführt. Sie erstrecken sich dabei über mehrere Wochen. Von Gouzoulis-Mayfrank gibt es das KomPAkt Training (Komorbidität Psychose und Abhängigkeit- Psychoedukatives Training) und das KomPASs Training (Komorbidität Psychose Abhängigkeit: Skills- Training). Bei D'Amelio, Behrendt und Wobrock finden sich, neben dem Manual für eine Psychoedukation, auch Materialien für die Durchführung von Angehörigengruppen.

handlungsmaßnahmen von mehreren Monaten oder Jahren eingebunden waren. Daraus lässt sich schließen, dass eine integrierte Therapie längerfristig angelegt sein sollte, als eine traditionelle Sucht- oder psychiatrische Behandlung. Integrierte Therapien oder Behandlungen können dennoch eine kurzfristige Aufnahme von Doppeldiagnoseklienten in eine spezielle Sucht- oder psychiatrische Einrichtung notwendig machen, als Krisenintervention für einen stationären Suchtmittelentzug vor Beginn der Therapie, oder zur Stabilisierung, Diagnostik und Indikationsstellung von Psychopharmaka gegen starke psychische Symptome (vgl. Moggi 2007a, 186).

3. Verortung der Sozialen Arbeit in der Behandlung und Therapie von Doppeldiagnoseklienten

Nach der Auseinandersetzung mit den Problemen und Anforderungen an eine geeignete Behandlung von Doppeldiagnoseklienten, geht es in den nächsten Kapiteln um eine Verortung der Sozialen Arbeit in der Therapie von komorbiden Klienten. Dafür wird der Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit, im Feld Klinischer Sozialarbeit, vorgestellt und erklärt, was unter einer therapeutischen Beziehung zu verstehen ist und inwieweit man Einfluss auf deren Gestaltung nehmen kann.

3.1 Die Klinische Sozialarbeit

Als ein Teilgebiet der Sozialen Arbeit, ist die Klinische¹² Sozialarbeit im Sozial- und Gesundheitsbereich, die

„direkt beratend- behandelnde Tätigkeit in der Fallarbeit, unabhängig davon, ob dies in Praxen, ambulanten Beratungsstellen, in Tageseinrichtungen, oder in Kliniken und Langzeiteinrichtungen stationär erfolgt“ (Pauls 2011, 16).

Die Ziele der Klinischen Sozialarbeit sind die Heilung, Verbesserung und Linderung von psychosozialen Störungen, Defiziten und Beeinträchtigungen, die Konflikte, Belastungen und geistige sowie körperliche Erkrankungen von Menschen verursachen oder aufrechterhalten.

¹² Das Wort *klinisch* leitet sich von dem griechischen Wort (7. bis 6. Jahrhundert v. Chr.) *kline* (Bett, Lager) ab. Die *kline* diente erkrankten Personen, während ihrer Behandlung und aufgrund ihrer krankheitsbedingten Bettlägerigkeit, zum Schlafen. In der deutschen Heilkunde und Wissenschaft beinhaltet der Begriff *klinisch* die therapeutische Behandlung von Menschen unabhängig von der Bettlägerigkeit und des Behandlungsrahmens. Alle Fachkräfte, die an einer therapeutischen Behandlung involviert sind, sind *klinisch* tätig (vgl. Pauls 2011,16).

ten können. In diesem Kontext geht es um äußere und innere Bedingungsbeziehungen, die Problemsituationen von Klienten bedingen. Zu den inneren Ursachen gehören kognitive und emotionale Defizite, sowie Verhaltensauffälligkeiten der Klienten. Äußere Bedingungen umfassen dagegen ihre Lebenssituation, wie Armut, Obdachlosigkeit oder Ausgrenzungen (vgl. Pauls 2011, 16-19). In der Klinischen Sozialarbeit wird der doppelte Auftrag der Sozialen Arbeit „von Hilfe für den Einzelnen und Änderung der Lebensbedingungen bzw. Gesellschaft nicht als dichotome Konzepte“ (ebd., 19) betrachtet. Es geht um das Zusammenwirken und Ineinandergreifen der inneren psychologischen Welt und der äußeren Realität der Klienten, als Ursachen von Belastungen, Problemen und Konflikten. In Abhängigkeit des jeweiligen Falles oder der Situation, werden spezifische Methoden der Intervention und psychosozialen Diagnostik angewendet, um Veränderungen dieser Ursachen zu erzielen. Dazu gehören z. B. die Methoden der sozialen Therapie, der psychosozialen Beratung, der direkten sozialen Alltagsunterstützung und der umgebungsbezogenen Ressourcenaktivierung in unterschiedlichen Hilfesettings. Zu der Zielgruppe der Klinischen Sozialarbeit gehören folglich Menschen in Multiproblemsituationen, wie z.B. psychisch Erkrankte, Alkohol- und Drogenabhängige, Personen mit einer emotionalen Störung oder Menschen mit einer Behinderung. In Abgrenzung zu anderen Disziplinen, wie der Psychologie, Psychotherapie oder Psychiatrie und Medizin, bezieht die Klinische Sozialarbeit die soziale Lebensbedingungen einer Person in die Intervention mit ein, da soziale Faktoren ebenfalls einen Einfluss auf die Ursachen und Folgen von Erkrankungen und Behinderungen haben (vgl. Pauls 2011, 16-24).

Da Doppeldiagnoseklienten häufiger obdach- oder erwerbslos sind, wird die Notwendigkeit der Klinischen Sozialarbeit für die Versorgung und Behandlung der Betroffenen deutlich. In Kapitel 1.1.4, werden bei Personen mit einer Persönlichkeitsstörung negative Auswirkungen auf ihre sozialen Kontakte festgestellt, diese können aber den Verlauf von komorbiden Störungen positiv beeinflussen. Auch im Sinne des von Gouzoulis-Mayfrank (2007, 10) angeführten „*social drift*“, befinden sich Doppeldiagnoseklienten häufig in Milieus, in denen Alkohol- und Drogenkonsum verbreiteter ist und somit das Risiko, eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln, erhöht wird. Ebenfalls fokussieren integrierte Behandlungsansätze, in Form von Hilfe und Unterstützung für Familienangehörige, Interventionen im sozialen Umfeld der Erkrankten.

Dementsprechend verfolgt die Klinische Sozialarbeit eine Veränderung und Verbesserung von defizitären sozialstrukturellen Situationen und muss daneben die kognitiven und sozialen Fähigkeiten der Klienten fördern. Ohne eine Verbesserung der Motivation, Bewälti-

gungsmöglichkeiten und des Selbstbewusstseins der Betroffenen, können diese nur schwer Hilfen und Unterstützungspotenziale erkennen und annehmen, sowie ihre eigene Lebenssituation einschätzen und bewältigen (vgl. Pauls 2011, 24). So ist es SozialarbeiterInnen und SozialpädagogenInnen z.B. in der Suchthilfe erlaubt, durch bestimmte Weiterbildungsgänge, die durch die Kostenträger der Einrichtungen anerkannt sind, therapeutisch in diesen Einrichtungen tätig zu werden (vgl. Vogt 2004, 156).

In Form von interdisziplinären Versorgungsnetzwerken und in multiprofessionellen Teams (Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten usw.) wirkt die Klinische Sozialarbeit in Deutschland bei der psycho-sozialen Versorgung und Therapie von besonders schwierigen Klienten mit. Häufige Hilfesettings, in denen sie Aufgaben wahrnimmt, sind z.B. in der Suchtbehandlung, in Bereichen der Psychiatrie, in Akut- und Fachkrankenhäusern und in Einrichtungen der Resozialisierung oder des Maßregelvollzugs (vgl. Pauls 2011, 17-24). Innerhalb der grundständigen Sozialen Arbeit leistet die Klinische Sozialarbeit demgemäß einen therapeutischen Beitrag zur Rehabilitation und Behandlung von Menschen in psychosozialen und komplexen Problemlagen (vgl. Waller 2005, 379).

3.2 Therapeutische Beziehung

Wendet man sich dem Begriff der Beziehung zu, dann wird dieser, aus soziologischer Perspektive, als wechselseitiges Einwirken von Verhaltensformen mit dahinterliegenden Motivationen, Zwecksetzungen und Sinngebungen verstanden (vgl. Hillmann 2007, 99), die auf soziale Austauschprozesse zwischen Personen beruhen (vgl. Heiner 2010, 129).

In der klinischen Sozialarbeit besteht die Behandlung der Klienten aus sozialtherapeutischen, unterstützenden und beratenden Maßnahmen, im Austausch zwischen den Betroffenen, ihres sozialen Umfeldes und den SozialarbeiterInnen oder SozialpädagogenInnen (vgl. Pauls 2011, 182). Dieser Prozess wird „*durch eine professionelle helfende Beziehung*“ (ebd.) getragen, welche die Voraussetzung für eine erfolgreiche und wirksame Intervention in der klinischen Sozialarbeit ist. Durch die Beziehung kann das methodische Handeln der Sozialen Arbeit vermittelt, umgesetzt und gestaltet werden, um einen erfolgreichen Hilfeprozess zu initiieren. Im kooperativen Prozess zwischen den Beteiligten werden die Problemlagen der Klienten definiert und bearbeitet (vgl. ebd., 182-186). Folglich ist die Realisierung und Umsetzung von Zielen klinischer Sozialarbeit ohne eine Beziehung nicht möglich.

Nach Pauls (2011, 191) gilt es in „*der Klinischen Sozialarbeit [...], die Klientenzentrierung als grundsätzliche Perspektive zentral zu stellen, ohne die Sozialsystemorientierung aus dem Blick zu verlieren*“. Die Hilfe orientiert sich an den Bedürfnissen und Problemen des Individuums, dessen Akzeptanz für eine Behandlung oder Therapie durch eine förderliche Arbeitsbeziehung erreicht werden kann (vgl. ebd. 186). Nach dem Verständnis klinischer Sozialarbeit ist die Arbeitsbeziehung eine therapeutische Beziehung zwischen Klienten und Sozialarbeitern bzw. Sozialpädagogen (vgl. ebd. 370). Der Begriff Therapie bezeichnet Interventionen, um das Funktionieren eines Menschen in eine bestimmte Richtung zu verändern (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, 596). Führt man die Begriffe Therapie und Beziehung zusammen, dann ist eine therapeutische Beziehung ein wechselseitiger Austausch zwischen klinisch Tätigen und Klienten, mit dem Ziel, störende Symptome und Probleme der Klienten zu bearbeiten, damit diese gelindert, oder beseitigt werden können.

Die Beziehungsgestaltung wird in der eigenständigen Sozialen Arbeit oft als ein intuitives und nicht planbares Moment erlebt. Dieses Verständnis greift für die Klinische Sozialarbeit zu kurz, da die Klienten Verhaltens- und Beziehungsprobleme gehäuft haben (vgl. Pauls 2011, 186). Pauls (ebd. 186-188) führt als theoretischen Bezugspunkt für die therapeutische Beziehungsgestaltung die Bindungstheorie an¹³. Aktuelle Störungen der sozialen Fähigkeiten und Beziehungskompetenzen der Klienten resultieren oft aus einer unzureichenden Bedürfnisbefriedigung nach Schutz und Nähe aus der frühen Kindheit. Der Aufbau einer sicheren therapeutischen Beziehung kann als reale Erfahrung bei den Betroffenen nachhaltige Veränderungen und eine positive Entwicklung ihrer Beziehungskompetenzen und sozialen Fähigkeiten fördern (vgl. ebd. 54f.). Einen weiteren Einfluss auf die Beziehungsgestaltung hat das Moment der *Übertragung* (vgl. ebd. 187). In diesem Prozess übertragen Personen unbewusst Erwartungen, Befürchtungen und Wünsche an ihre InteraktionspartnerInnen. Diese reagieren dann auf die unbewusst übertragenen Impulse mit einer entsprechenden Gegenübertragung (vgl. Petersen 1980, 16), dadurch kann der Beziehungsaufbau in der therapeutischen Arbeit erschwert werden. Die Klienten befinden sich häufig in schweren Problemlagen oder haben psychische Störungen, und sehen die Helfenden in ihrer Funktion und nicht als Menschen

¹³ Die Bindungstheorie wurde durch den Psychoanalytiker John Bowlby (1907-1990) und die Psychologin Mary Ainsworth (1913-1999) begründet. Nach Bowlby hat „*der menschliche Säugling die angeborene Neigung [...] die Nähe einer vertrauten Person zu suchen*“ (Dornes 2007, 44), wenn es sich unsicher, müde oder krank fühlt. Werden diese Bedürfnisse unzureichend befriedigt, kann es zur Entwicklung von seelischen Störungen beim Säugling und des Kleinkindes kommen. Die Bindungserfahrung, die das Kind mit seiner Betreuungsperson macht, zeigt sich in unterschiedlichen Bindungsqualitäten des Kindes zu seiner Bezugsperson. Ainsworth entwickelte ein Forschungskonzept, mit dem dieser Zusammenhang bestätigt werden konnte (vgl. ebd. 45). Eine Übersicht über die Theorie und Forschung von Bowlby und Ainsworth findet sich bei Dornes (2007).

mit Emotionen und Gefühlen. Dies führt bei den Mitarbeitern zu Reaktionen der Enttäuschung, Gekränktheit, Resignation oder Wut. SozialpädagogenInnen bzw. SozialarbeiterInnen, müssen in der Klinischen Sozialarbeit mit funktionalisierten und ausnutzenden Kommunikationsformen rechnen und dies bei ihrer Gegenübertragung beachten, denn die Übertragung von Resignation oder Hoffnungslosigkeit der Helfenden kann bei den Klienten zu Gefühlen von Wut oder Ärger führen und damit den professionellen Hilfeprozess behindern. (vgl. Pauls 2011, 187). Damit klinisch Tätige diese Arbeit leisten können, benötigen sie Unterstützung in Form von Selbsterfahrung, durch therapeutische Weiterbildungen, oder eine berufsbegleitende Supervision. Nach Heiner (vgl. 2010, 129) sollten sich Fachkräfte die Beziehungen kognitiv bewusstmachen. Sie müssen reflektieren können, inwieweit ihr Verhalten zum Verhalten der Klienten beiträgt und welche persönliche Rolle sie in der Beziehung einnehmen. Die therapeutische Beziehung ist durch eine Asymmetrie gekennzeichnet. Therapeutische MitarbeiterInnen wissen von den Patienten viel, diese von den Therapeuten aber wenig (vgl. Petersen 1980, 21). SozialarbeiterInnen und SozialpädagogenInnen müssen die Balance zwischen persönlicher Nähe und Begrenzung justieren können und für sich klären, welche Rolle die Klienten, in der Beziehung mit ihnen, einnehmen (vgl. Heiner 2010, 130).

3.3 Einfluss auf die Gestaltung von Beziehungen

Im Folgenden geht es darum, inwieweit professionelle Fachkräfte einen Einfluss auf die Gestaltung von Beziehungen haben können. Der institutionelle Kontext der Sozialen Arbeit beeinflusst die Rahmenbedingungen der Hilfeformen für die Klienten. Die jeweilige Struktur und Aufgabe des Hilfesettings legt die Zeit, das Ziel, den Ort und die Art des methodischen Handelns fest. So werden in einem stationären Setting die Hilfen in den Räumen der Einrichtung erbracht, hingegen können in einem offenen oder teilnehmenden Setting die Hilfen im direkten Alltag der Klienten angeboten werden, z.B. in Form von Hausbesuchen oder Familienhilfen. Es ist bereits deutlich geworden, dass eine Beziehung zu den Klienten die Voraussetzung für eine Intervention in der Klinischen Sozialarbeit ist. Allerdings ist die Beziehungsgestaltung abhängig von einrichtungsbezogenen Rahmenbedingungen. Je nach Zeitdefinition und Struktur des Behandlungs- oder Hilfezuganges, können in verschiedenen Settings unterschiedliche Beziehungen zu den Klienten aufgebaut werden (vgl. Pauls 2011, 183). Dennoch sind klinische SozialarbeiterInnen und SozialpädagogenInnen in ihrer Beziehungsgestaltung nicht völlig determiniert. Innerhalb der Rahmenbedingungen haben sie ei-

nen Einfluss auf die äußere Situation der Interaktion und können die Dauer oder den Ort für eine Begegnung mit den Klienten flexibel gestalten. Daneben hat auch ihre persönliche Haltung einen Einfluss auf die Beziehungsgestaltung. Diese umfasst die Dimensionen von Akzeptanz, Empathie und Authentizität, die für eine Beziehung förderlich sind. Akzeptanz bedeutet eine warme und zugewandte Wertschätzung der Klienten, die unabhängig von ihrem Verhalten ist, aber auch Kritik und Konfrontation des Verhaltens nicht ausschließt. Authentizität zeigt sich durch einen ehrlichen, ungekünstelten und offenen Umgang. Die Fachkräfte drücken in der Beziehung eigene Gefühle, wie Enttäuschungen, Hoffnungen und Wut aus, ohne ihr Innenleben mitzuteilen. Durch diese selektive und reflektierte Offenheit können die Klienten angeregt werden, eigene Affekte wahrzunehmen und diese zu verbalisieren. Empathie ist zudem die Fähigkeit, das Erleben, Handeln und Denken der Klienten emotional nachzuvollziehen. Die Qualität der Beziehung wird außerdem durch Verfahren und Methoden des Kommunikationsaustausches bestimmt und kann z.B. abhängig von angewandten Gesprächsmethoden sein (vgl. Heiner 2010, 131-133). In Kapitel 2.3, wird dargestellt, dass für die Behandlung von Doppeldiagnoseklienten die Methode der motivierenden Gesprächsführung vorgeschlagen wird, welche folglich die Beziehung mitgestalten würde.

4. Empirische Forschung

4.1 Problem- und Fragestellung

Die vorherigen Ausführungen zeigen, dass man in der Behandlung und Therapie von Doppeldiagnoseklienten mit unterschiedlichsten Symptomen und Problemen konfrontiert wird. Besonders die Dynamiken zwischen psychischen Störungen und Substanzstörungen können die Behandlung der Betroffenen erschweren. Zudem sind komorbide Klienten, im Gegensatz zu Personen, bei denen nur eine Störung vorhanden ist, häufiger kognitiv eingeschränkt und zeigen eine geringere Behandlungsmotivation. Daneben ist eine angemessene Behandlung beider Störungen kompliziert. In der grundständigen Sucht oder psychiatrischen Hilfe stehen die jeweiligen Hilfsangebote konträr zur Behandlung der anderen Störung, und es fehlen Interventionsstrategien, um mit der Interaktion beider Störungen umgehen zu können. Infolgedessen entstanden in den letzten Jahren Behandlungsangebote, die versuchen, die beiden verschiedenen Hilfesysteme zu integrieren. In wissenschaftlichen Publikationen findet man zwar Empfehlungen und die Ansätze für eine integrative Therapie, aber nicht, wie diese

konkret von den Mitarbeitern, insbesondere von SozialarbeiterInnen und SozialpädagogenInnen, im Feld der klinischen Sozialarbeit umgesetzt werden. Es fehlen also Informationen darüber, wie der Umgang mit Doppeldiagnoseklienten in der direkten therapeutischen Arbeitsbeziehung gestaltet werden sollte. Aus dieser Gegebenheit heraus sollte, im Rahmen einer Forschung, der folgenden Fragestellung nachgegangen werden:

Wie gehen Fachkräfte der Klinischen Sozialarbeit, vor dem Hintergrund konträrer Behandlungsansätze und heterogenen Störungsbildern, in der direkten therapeutischen Arbeitsbeziehung mit Doppeldiagnoseklienten um?

Diese übergeordnete Fragestellung wirft weitere Unterfragen auf:

Welche Erlebnisse und Erfahrungen haben die MitarbeiterInnen in der Arbeit mit den Klienten gemacht? Welches Verständnis zeigen die Fachkräfte von einer professionellen Beziehung und was sind die Voraussetzungen dafür? Wie wird, vor dem Hintergrund psychischer Störungen, mit den Auswirkungen und Symptomen von Suchtstörungen umgegangen? Wie gestaltet sich der Umgang mit den psychischen Störungen? Welche Rolle spielen Psychopharmaka im Umgang mit den Klienten? Welche Herausforderungen und Probleme gibt es in der Arbeitsbeziehung?

Um Antworten auf die aufgeworfenen Fragen zu bekommen, war es notwendig, Fachkräfte bzw. MitarbeiterInnen der klinischen Sozialarbeit zu befragen. Die Forschungsmethoden und Erhebungsinstrumente, die dabei für die Untersuchung verwendet wurden, werden in den nächsten Abschnitten dargestellt.

4.2 Erhebungsmethode

In der Sozialforschung haben sich qualitative und quantitative Forschungsverfahren getrennt voneinander entwickelt. Quantitative Verfahren sind gekennzeichnet durch standardisierte Fragebögen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, die den Untersuchungsgegenstand im Vorfeld determinieren. Mittels vorab aufgestellter Grundannahmen wird den Befragten eine vorgefasste theoretische Meinung über die soziale Wirklichkeit aufoktroiert, denn die zu untersuchende Realität wird den vorhandenen standardisierten Untersuchungsmethoden untergeordnet. Das Forschungsinteresse orientiert sich an einer zuvor erarbeiteten Hypothese und grenzt nicht direkt erkennbare Phänomene vom Untersuchungsprozess aus. Die komple-

nen Strukturen der sozialen Wirklichkeit werden reduziert und auf Ausschnitte begrenzt. Quantitative Methoden zielen darauf ab, Aussagen über Häufigkeiten, Verteilungs- und Streuungsparameter zu machen, um bereits bestehende theoretische Hypothesen durch Zahlen und Prozentangaben beweisen oder widerlegen zu können (vgl. Lamnek 2010, 4-11). Von Interesse ist die Feststellung von allgemeinen Gesetzmäßigkeiten oder Mathematisierungen von Ergebnissen und „*der in einem sozialen Kontext lebende und handelnde Mensch, das soziale Individuum, dessen Handeln mit Sinn, mit Bezug auf andere versehen ist*“ (ebd., 13), wird nicht erforscht. Der Gegenstand der Analyse ist eine allgemeine vermutete Gesetzmäßigkeit, die hinter dem Handeln steckt, nicht aber die Motive und Motivationen von Personen, die zu dem Handeln führen (vgl. ebd.). Quantitative Erhebungsmethoden greifen deshalb, für die Beantwortung der Forschungsfrage, zu kurz.

Denn diese muss die Erfahrungen und Erlebnisse der Fachkräfte, in der therapeutischen Arbeit mit Doppeldiagnoseklienten, miteinschließen. Dies ist umso wichtiger, da es keine Auseinandersetzungen und Hypothesen über diese Problematik gibt und der Umgang in der therapeutischen Beziehung nicht losgelöst von dem Erleben und den Erfahrungen der klinisch Tätigen betrachtet werden kann. Es geht also auch um den Sinn, *Wie?* und *Warum?* in einer gewissen Art und Weise gehandelt wird. Um Erkenntnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage zu erlangen, ist demzufolge der Einsatz qualitativer Erhebungsverfahren unumgänglich.

Diese zeichnen sich durch den Grundsatz der Offenheit aus. Im Gegensatz zur quantitativen Methodologie, bei der die soziale Wirklichkeit der Forschungsmethode angepasst wird, orientieren sich qualitative Erkenntnisinstrumente an den zu untersuchenden Personen, der Erhebungssituation und der Problemstellung, damit die Wahrnehmung für instruktive und unerwartete Informationen offen bleibt. Die Befragten werden als Subjekte anerkannt und nicht durch abstrakte Methodensets zu objektiven Datenlieferanten der Forschung gemacht, da es bei hochstandardisierten Messinstrumenten nicht erforderlich ist, dass sich Forschende in das Feld der Untersuchung begeben. Die Datenerhebung mit qualitativen Methoden erfolgt in der direkten Interaktion und Kommunikation zwischen den Untersuchungspersonen und den Forschenden. Die Forschenden sind an dem Forschungsprozess beteiligt, der in einen sozialen Kontext eingebunden ist. Sie haben dadurch die Möglichkeit, mittels einer reflexiven Haltung, das Untersuchungsinstrumentarium an der Situation oder dem Erhebungskontext anpassen zu können (vgl. ebd., 11-30). Ziel der Untersuchung in dieser Arbeit ist es, unbekannte und neue Informationen, die in Publikationen nicht vorhanden sind, zu gewinnen. Es steht nicht das Verifizieren und Falsifizieren von bestehenden Thesen im Vordergrund, son-

dem die Generierung und Entwicklung von Hypothesen aus den Forschungsergebnissen (vgl. ebd., 309-310).

4.3 Erhebungsinstrumente

Qualitative Forschungsmethoden umfassen heterogene Verfahrensweisen zur Erforschung eines Gegenstandes. Diese ermitteln, ebenso wie quantitative Methoden, jeweils einen Ausschnitt der sozialen Wirklichkeit, aber sind im Erhebungsprozess offen für neue Informationen und Sachverhalte (vgl. Lamnek 2010, 30). Für die Analyse der Forschungsfrage ist ein qualitatives Interview am geeignetsten. Dieses hat den Vorteil, dass die gewonnenen Informationen authentisch und realitätsgetreu aufgezeichnet werden. Zudem können die Daten für die Auswertung reproduziert und intersubjektiv nachvollziehbar gemacht werden. Der Begriff des Interviews kommt von dem französischen Wort *entrevue* und bedeutet eine verabredete Zusammenkunft von Personen, die sich kurz begegnen oder sehen. In der Sozialforschung versteht man darunter das begründete Vorgehen, bei dem durch gezielte Fragen oder verbale Stimuli, Informationsäußerungen von Versuchspersonen bewirkt werden, um ein wissenschaftliches Ziel zu verfolgen (vgl. ebd., 301 f.). Durch gezieltes Befragen der MitarbeiterInnen, die mit Doppeldiagnoseklienten arbeiten, können Erkenntnisse über den Umgang mit konträren Behandlungsansätzen und die Gestaltung von therapeutischen Arbeitsbeziehungen gewonnen werden.

Die Interviewfragen werden dafür in der Regel offen gestellt, damit die Befragten mit ihren eigenen Formulierungen und Bedeutungsstrukturierungen antworten können und keine Prädetermination der Untersuchung durch die Forschenden erfolgt. Gegenüber den standardisierten Verfahren, bei denen die Fragen nach einem festen Schema gestellt werden, ist die Reihenfolge der Fragestellungen nicht festgelegt und passt sich der Interviewsituation und den Äußerungen der Befragten an, dies gewährleistet die Offenheit für neue Erkenntnisse und Erfahrungen im Untersuchungsprozess. Gemäß qualitativen Standards werden die Interviews ausschließlich mündlich geführt und die Formulierung der Fragen den Sprachcodes der Befragten angepasst, um eine vertrauliche und entspannte Situation zu schaffen. Die Befragungen sollten dafür möglichst im direkten alltäglichen Milieu der Untersuchungspersonen durchgeführt werden, damit eine natürliche Situation hergestellt und authentische Informationen erfasst werden können. Außerdem ermöglicht der direkte Kontakt zwischen den Beteiligten, dass die Befragten angeregt werden können, eigene Aussagen zu explizieren und

zu reflektieren. Diese Möglichkeit kann die Interpretation und Deutung der gewonnenen Aussagen unterstützen (vgl. ebd. 301-325). „*Nicht der vom Forscher gemeinte Sinn wird bei den Interpretationen unterstellt, sondern der vom Befragten explizierte Sachverhalt wird zu einem Maßstab für höhere Gültigkeit der Interpretationen*“ (ebd., 320). Qualitative Interviews umfassen eine Vielzahl von ähnlichen, aber nicht kongruenten Erhebungsverfahren, die einer bestimmten Methodik folgen und abhängig von der personellen Konstellation in der Erhebungsphase sind. So können Einzelinterviews mit jeweils einem Befragten und Fragenden oder mit mehreren TeilnehmerInnen durchgeführt werden (vgl. ebd., 326).

4.3.1 Problemzentriertes Interview

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wird das Problemzentrierte Interview, welches durch Andreas Witzel geprägt ist, verwendet. Kennzeichnend für dieses Erhebungsverfahren sind halbstrukturierte und offene Einzelbefragungen der zu untersuchenden Personen, die ihnen die Möglichkeit geben, frei zu antworten, aber gleichzeitig auf eine spezielle Problemstellung zentriert sind (vgl. Schmidt-Grunert 2004, 40 f.). Die Generierung von Thesen steht beim Problemzentrierten Interview im Vordergrund, dennoch soll ein wissenschaftliches Konzept, durch die Informationen der Erzählenden, modifiziert und verändert werden. Die Forschenden gehen mit einem theoretischen und wissenschaftlichen Vorverständnis in die Untersuchung und bereiten sich durch Aneignung von Fachwissen auf die Studie vor. Aus diesen Informationen werden bedeutsame Anhaltspunkte des Problembereiches selektiert und zu offenen Interviewfragen verdichtet (vgl. Lamnek 2010, 333). Im Literaturteil der Bachelor-Thesis findet die Auseinandersetzung mit den Symptomen und Problematiken bei der Behandlung von Doppeldiagnoseklienten statt. Es ist deutlich, dass die jeweiligen Hilfsangebote der Sucht- und psychiatrischen Hilfe für die Behandlung von Doppeldiagnoseklienten nicht ausreichend sind. Ausgehend von den fürsorglichen und konfrontativen Behandlungsansätzen soll untersucht werden, wie in der therapeutischen Beziehung damit umgegangen wird. Dafür war die Auseinandersetzung mit der therapeutischen Beziehungsgestaltung notwendig, da nur innerhalb einer Beziehung die Problematiken der Betroffenen bearbeitet werden können.

Diese Problemzentrierung markiert demgemäß den Ausgangspunkt der Forschung, dennoch geht man nicht voreingenommen in das Untersuchungsfeld, denn man muss offen sein für neue Erkenntnisse während der Erhebungsphase (vgl. Schmidt-Grunert 2004, 42).

4.3.2 Kurzfragebogen

Für die Erhebung qualitativer Daten kann auf die Methodologie quantitativer Verfahren zurückgegriffen werden. Als ein Instrument zur Datenerfassung kann ein Kurzfragebogen dem Interview vorangestellt werden. Damit können Informationen über den sozialen Hintergrund der Befragten gewonnen werden, die für die Interpretation und Auswertung der Gesprächsdaten relevant sind (vgl. Schmidt-Grunert 2004, 42). Dies ist besonders bei geschlossenen Fragen von Vorteil, da „*ein mögliches Frage-Antwort-Schema zu Interviewbeginn*“ (ebd.) verhindert wird. Die gewonnenen Informationen können anschließend bei der Formulierung eines Gesprächseinstieges hilfreich sein, indem Daten, die dem Alltagsleben der Befragten entspringen, aus dem Kurzfragebogen aufgenommen werden (vgl. ebd.).

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde ebenfalls ein Kurzfragebogen entwickelt (siehe Anhang), den die MitarbeiterInnen vor den einzelnen Interviews ausfüllten. In diesem sind Angaben über ihr Alter, Geschlecht und ihre berufliche Qualifikation festgehalten. Daneben war von Interesse, seit wann die Befragten mit Doppeldiagnoseklienten arbeiten und in welchen Arbeitsfeldern sie vorher tätig waren, weil diese Informationen einen Einfluss auf den Erfahrungshintergrund, im Umgang mit Doppeldiagnoseklienten, haben. Des Weiteren wurde danach gefragt, ob die MitarbeiterInnen sich auf ihre Arbeit vorbereitet gefühlt hatten und ob sie schon vorher Erfahrungen im Umgang mit komorbiden Patienten sammeln konnten.

4.3.3 Interviewleitfaden

Das problemzentrierte Interview wird mithilfe eines Gesprächsleitfadens angeleitet, der anhand der Erkenntnisse über den zu erfragenden Problembereich angefertigt wird. Die enthaltenen Fragen des Leitfadens werden offen gestellt und führen als roter Faden durch die Gesprächssituation, zugleich können die Fragen situationsangemessen verändert und kontextabhängige Nachfragen gestellt werden (vgl. Schmidt-Grunert 2004, 43). Die Forschenden stellen Vorüberlegungen zum Problembereich und den dazugehörigen Aspekten, die erforscht werden sollen, an. Als Hilfsmittel kann der Leitfaden dann dazu dienen, Themenbereiche der Problemstellung, die von den Befragten nicht angesprochen und behandelt worden sind, zu erfassen (vgl. Lamnek 2010, 335).

Damit die Grundprinzipien der qualitativen Methodologie gewahrt bleiben, wurde für die Forschung der Interviewleitfaden gemäß dem *SPSS* Prinzip nach Helfferich (vgl. 2011, 182-189) entwickelt. Dieser vergegenwärtigt das theoretische Vorwissen und schließt Erwartungen an die produzierten Erzählungen der Interviewten mit ein. Das *SPSS* Prinzip ist das schrittweise Vorgehen des *Sammelns*, *Prüfens*, *Sortierens* und *Subsumierens* von Fragen. Im ersten Schritt des Sammelns werden jegliche Fragen aufgelistet, die in Verbindung mit der zu untersuchenden Problemstellung von Relevanz sind. Anschließend wird diese Liste durchgearbeitet und reine Faktenfragen, auf die nur geschlossen und einsilbig geantwortet werden kann, aussortiert. Gleichzeitig wird geprüft, ob sich die Fragen für das Forschungsvorhaben eignen und ob diese offen genug formuliert worden sind, um die Interviewten anzuregen, neue und unbekannte Zusammenhänge zu berichten. Ebenso werden Fragen entfernt oder umformuliert, die lediglich Vorwissen in Erfahrung bringen oder zur Bestätigung vorhandener Hypothesen dienen. Im darauffolgenden Arbeitsschritt, dem Sortieren, werden die restlichen Fragen nach ihren inhaltlichen Schwerpunkten in Themenbündel sortiert und für jedes dieser Fragebündel eine erzählgenerierende Aufforderung entwickelt, unter der die einzelnen Fragen eines Themenschwerpunktes subsumiert werden können. Die Erzählauforderungen werden dafür weitestgehend offen formuliert, damit möglichst viele der interessierenden Sachverhalte durch die Befragten angesprochen werden können (vgl. ebd.).

Für das Forschungsvorhaben dieser Arbeit gliedert sich der Gesprächsleitfaden in die folgenden vier Themenschwerpunkte.

1. *Beziehungsgestaltung zu Doppeldiagnoseklienten*: Erfasst werden sollte, wie die MitarbeiterInnen ihre Beziehung zu den Klienten gestalten und welches Verständnis sie von einer guten Beziehung haben. Ferner war von Interesse, wie die Balance zwischen Nähe und Distanz justiert wird und was die Voraussetzungen für eine gute Beziehungsarbeit sind.
2. *Erfahrungen im Umgang mit der Suchtstörung*: Hierbei ging es um die Suchtstörungen der Klienten. Ausgehend von einer gleichzeitigen psychischen Störung sollte eruiert werden, wie mit Suchtrückfällen und Suchtdruck von Doppeldiagnoseklienten umgegangen wird und ob es möglich ist, die Betroffenen mit ihrer Suchterkrankung zu konfrontieren oder an ihre Eigenverantwortung zu appellieren.
3. *Einfluss psychischer Störungen auf die Beziehung*: Unter diesem Schwerpunkt sollte der Umgang mit psychischen Symptomen und ihren Folgen, sowie den Auswirkungen psychischer Störungen untersucht werden. Zudem sollten Erkenntnisse darüber

gewonnen werden, inwieweit Psychopharmaka einen Einfluss auf den Umgang mit den Klienten haben.

4. *Besondere Situationen:* Zu den besonderen Situationen sollte erforscht werden, welche Anforderungen und Herausforderungen es im Umgang bzw. in der Arbeitsbeziehung mit den Klienten gibt. Außerdem sollte in Erfahrung gebracht werden, welche Probleme, aber auch positive Momente, es in der Beziehungsarbeit gibt. Ergänzend wurden die Untersuchungspersonen nach ihrer Motivation zur Arbeit mit Doppeldiagnoseklienten befragt.

Für eine gute Überschaubarkeit des Interviewleitfadens, ist dieser in Form einer Tabelle konzipiert.¹⁴ In der ersten Spalte stehen die jeweiligen offenen Erzählaufforderungen zu den verschiedenen Themenbereichen. Daneben sind in einer zweiten Spalte die Aspekte der subsumierten Fragen, die mit angesprochen werden sollten, stichwortartig notiert. Im Sinne einer Kontrollliste konnten diese Stichworte für Nachfragen aufgegriffen werden, wenn die Aspekte nicht von selbst angesprochen worden sind. Zusätzlich zu den Erzählaufforderungen gibt es zwei obligatorische Fragen, die allen Interviewpartnern gestellt worden sind. Diese befinden sich in einer dritten Spalte des Leitfadens und wurden jeweils zum ersten und letzten Themenschwerpunkt gestellt. Gefragt wurde nach den Voraussetzungen für eine gute Beziehungsarbeit und nach der Motivation der MitarbeiterInnen, warum diese mit Doppeldiagnoseklienten arbeiten. Außerdem gibt es eine zusätzliche vierte Spalte, in der inhaltsleere Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen stehen, diese halfen bei kurzen Erzählsequenzen, das Gespräch aufrechtzuerhalten und die befragten Personen zum Weiterreden zu animieren. Während der Erhebung sind die Interviewgespräche auf ein Tonbandgerät aufgenommen worden, damit diese später, für eine genaue Auswertung, verschriftet werden konnten.

4.3.4 Postskriptum

Nach jedem Interview wurden Eindrücke, die das Tonbandgerät nicht erfasste, in einem Postskriptum schriftlich dokumentiert. (vgl. Schmidt-Grunert 2004, 43).

Im Rahmen der Untersuchung sind jeweils Informationen über die Dauer, den Ort und die Atmosphäre der Interviews, sowie Zweifel und Überlegungen bezüglich der Verhaltensweisen des Interviewers und der Interviewten festgehalten (siehe Anhang). Die Verwendung von Postskripten stellte sich, während der Untersuchungsphase, als sehr hilfreich heraus, dadurch

¹⁴ Der ausführliche Gesprächsleitfaden, der für die Interviews verwendet wurde, befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

konnten die einzelnen Interviewsituationen reflektiert und die darauffolgenden Erhebungen, im Sinne des Untersuchungsgegenstandes, modifiziert und optimiert werden. Diese Aufzeichnungen gingen anschließend „in den Prozeß der Auswertung als ergänzende Informationen ein“ (ebd.).

4.4 Untersuchungspersonen

Die Repräsentativität der Forschung, anhand der zahlenmäßigen Verteilung spezieller Merkmale, ist für die qualitative Methodologie von geringer Bedeutung. In ihr geht es um die Erkenntnis von wesentlichen Zusammenhängen, die durch wenige Fälle deutlich werden können. Die Auswahl der zu untersuchenden Personen richtet sich nach ihrer Bedeutsamkeit für die Forschungsfrage. Bereits wenige Fälle können die Tiefe, Breite und Reichhaltigkeit der Informationen gewährleisten und so die Entwicklung von Hypothesen und Theorien vorantreiben. Besonders eine intensive Auswertung bzw. Analyse der gewonnenen Daten ist nur mit einem geringen Stichprobenumfang realisierbar. Wichtig ist dennoch die Erfassung einer bestimmten Bandbreite an sozialstrukturellen Einflüssen, welche die theoretisch wichtig erscheinenden Merkmale der Forschung, in der Stichprobe durch ausreichend Einzelfälle, vertreten. (vgl. Lamnek 2010, 163-173). Damit die Untersuchung der Forschungsfrage dem Umfang der Bachelor-Thesis Rechnung trägt, wurden insgesamt fünf Personen, die im Bereich der klinischen Sozialarbeit, in der Therapie und Behandlung von Doppeldiagnoseklienten tätig sind, interviewt. Es war vorgesehen, ausschließlich SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogenInnen von zwei verschiedenen Trägereinrichtungen zu befragen. Dies konnte aber aufgrund festgelegter Interviewtermine und der angetroffenen dynamischen Arbeitssituation der Fachkräfte nicht realisiert werden. Hierbei wurde das Feld der Klinischen Sozialarbeit, die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams deutlich, so konnten für die Erhebung ein Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, zwei Diplom-Sozialarbeiterinnen/ Sozialpädagoginnen und ein Erzieher mit therapeutischen Zusatzqualifikationen, sowie ein Diplom-Psychologe gewonnen werden. Für die Interviewauswertung stellte sich diese Stichprobe als nützlich heraus, da Erfahrungen aus multiprofessionellen Perspektiven im Bereich Klinischer Sozialarbeit eingefangen, und für die Generierung von Thesen nutzbar gemacht werden konnten. Wichtig war es auch, dass möglichst männliche und weibliche Personen befragt wurden, um keine geschlechtsspezifischen Aussagen zu erhalten. Das Alter der Befragten liegt zwischen 29 und 55 Jahren, zudem arbeiteten sie seit mindestens vier Jahren mit

Doppeldiagnoseklienten zusammen, so das davon ausgegangen werden kann, das die MitarbeiterInnen über genügend Erfahrungen im Umgang mit komorbiden PatientenInnen verfügen und heterogene Erfahrungshorizonte erfasst wurden. Im Kurzfragebogen gaben die Untersuchungspersonen an, die vorher im Bereich der grundständigen Sucht- oder psychiatrischen Hilfe tätig waren, das sie schon vorher Erfahrungen im Umgang mit Doppeldiagnoseklienten gemacht haben. Dieses lässt auf die Versorgungssituation der Betroffenen schließen, die häufig in reinen Sucht- oder psychiatrischen Einrichtungen untergebracht sind. Auch machten sie die Angabe, dass sie sich auf die Arbeit mit dem Klientel vorbereitet gefühlt hatten.

4.5 Untersuchungsfeld

Die befragten MitarbeiterInnen arbeiten in einem sozialpsychiatrischen Wohnhaus und einer therapeutischen Rehabilitationseinrichtung für die stationäre Behandlung und Therapie von Doppeldiagnoseklienten. Die beiden Einrichtungen sind jeweils von einem anderen Träger, dadurch konnte eine einrichtungsbezogene Perspektive der Aussagen verhindert und möglichst heterogene Erzählungen aufgenommen werden. Ausgehend von Kapitel 3.3, wonach die Gestaltung von Beziehungen abhängig von den institutionellen Rahmenbedingungen ist, untersucht die Forschung lediglich den Umgang mit Klienten in einem vollstationären Setting. Die Therapie- und Behandlungskonzepte waren dafür in beiden Einrichtungen nahezu identisch.

Für eine Therapieaufnahme wird ein erfolgter Suchtmittelentzug bzw. eine Entgiftung der Klienten vorausgesetzt, denn eine Substitutionsbehandlung erfolgt in den Einrichtungen nicht. Auch sollte, bei akuten psychischen Störungen, eine psychiatrische Krisenintervention stattgefunden haben. Gleichmaßen werden dann Frauen und Männer, die über 18 Jahre alt sind und an den, in dieser Arbeit genannten Symptomen und Störungen leiden, behandelt. Die Therapiedauer der Betroffenen beträgt mindestens ein Jahr und ist abhängig von ihrem Befinden und ihren Behandlungsfortschritten. Ziel ist es, Doppeldiagnoseklienten zu befähigen, ein selbstständiges Leben zu führen und einer Erwerbsbeschäftigung nachzugehen. Sie sollen alltagspraktische Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien erlernen, um mit ihren Störungen umgehen zu können. Zudem werden ihre Abstinenzmotivation und die inhaltliche Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung gefördert. In beiden Hilfesettings werden ferner die Familienmitglieder, in Form von Angehörigengruppen, in die Intervention mit einbezo-

gen. Durch die Recherchen der jeweiligen Einrichtungskonzeptionen wurde ersichtlich, dass die Inhalte und Strukturen der Behandlungen, den in Kapitel 2.3 vorgestellten integrierten Ansätzen, weitestgehend entsprechen. Die Institutionen eigneten sich deshalb als Untersuchungsfeld für die Erhebung, um Erkenntnisse über den direkten Umgang der MitarbeiterInnen mit komorbiden Patienten, in einem integrierten Behandlungssetting, zu gewinnen.

4.6 Untersuchungsdurchführung

Die Interviews wurden direkt, in den jeweiligen Einrichtungen der MitarbeiterInnen durchgeführt. Diese bilden den Rahmen, wo die Arbeit mit Doppeldiagnosepatienten stattfindet. Um eine natürliche Situation herzustellen, war es wichtig, die Befragungen im alltäglichen Umfeld der Untersuchungspersonen einzubetten, damit möglichst authentische Informationen erfasst werden konnten (vgl. Lamnek 2010, 325). Die Gespräche wurden, je nach Zeitplan der MitarbeiterInnen, zwischen Juli und September 2011 geführt und haben eine Dauer von circa 16 bis 48 Minuten. Durch eine persönliche Anfrage bei Fachkräften, die dem Forscher durch seine Praktikumsstätigkeit bekannt sind, und durch ein E-Mail Anschreiben konnte der Zugang zu den Untersuchungspersonen hergestellt werden. Ihnen wurden das Forschungsvorhaben und die Untersuchungsinstrumente erklärt, mit der Bitte, Interviews führen zu dürfen. Auf die Anfrage reagierten die UntersuchungsteilnehmerInnen überaus positiv und stimmten einem raschen Interviewtermin zu. An den jeweiligen Terminen unterschrieben die Befragten, vor dem eigentlichen Gespräch, eine Einverständniserklärung (siehe Anhang), in der sie erklärten, dass ihre Aussagen auf Tonband aufgenommen werden dürfen und sie freiwillig an der Erhebung teilnehmen. Außerdem wird ihnen darin versichert, dass ihre Identität anonymisiert wird. Ihre Namen sind daher, in allen schriftlichen Aufzeichnungen, zur Erfassung der Daten durch Großbuchstaben ersetzt. Nach den Präambeln der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften (vgl. DGfE o.J., 3) und dem Berufsverband Deutscher Soziologinnen und Soziologen e.V. (vgl. DGS o.J., 3), ist eine Einverständniserklärung die Voraussetzung zur Wahrung der Persönlichkeitsrechte der ProbandenInnen, zudem dürfen sie keine Nachteile aufgrund ihrer Teilnahme am Forschungsvorhaben erleiden. Die Untersuchungspersonen wurden anschließend gebeten, den Kurzfragebogen auszufüllen. Währenddessen konnte das Tonbandgerät eingeschaltet und zur Seite gelegt werden, damit eine unnatürliche Situation vermieden wurde. Dies erleichterte den Übergang zu den Erzählauforderungen des Leidfadens, weil man vorab mit den Untersuchungspersonen ins Gespräch

kommen konnte. Ein abrupter Übergang zu den eigentlichen Interviews konnte dadurch vermieden werden. Daran anknüpfend wurden die GesprächspartnerInnen, die dem Forscher durch seine Praktikumstätigkeit bekannt waren, geduzt, um eine möglichst authentische Atmosphäre aufrechtzuerhalten. Während der Erhebungsphase fiel auf, dass es zwei Befragten schwer fiel, auf die offenen Erzählaufforderungen zu antworten, ihnen mussten Beispiele aufgezeigt werden, mit deren Hilfe sie angeregt werden konnten, auf die Fragen zu antworten. In der Reflexion des ersten Interviews ist deutlich geworden, dass für die darauffolgenden Befragungen vermehrt Nachfragen gestellt werden konnten. Nachdem die einzelnen Interviews beendet waren, sind die wesentlichen Eindrücke der Situation, in Abwesenheit der GesprächspartnerInnen, im Postskriptum notiert worden. Für die darauffolgende Analyse und Interpretation der verbalen Aussagen wurden diese dann transkribiert bzw. schriftlich niedergelegt.

4.7 Darstellung der Transkription

Die Interviewgespräche wurden für die Auswertung wortwörtlich, mit Dialektfärbung, transkribiert und befinden sich im Anhang dieser Arbeit. Da im Vordergrund der konkrete Kommunikationsinhalt steht, sind Wortbetonungen und Erzählpausen, wie ‚mh‘ und ‚äh‘ nicht näher bezeichnet. Des Weiteren sind die Transkriptionen nach folgenden Regeln verschriftet:

- Namen von Personen, Orten und Institutionen werden in eckigen Klammern und durch Großbuchstaben [ANONYMISIERT]
- Auslassungen von Buchstaben zwischen, oder in Wörtern, ersetzt ein Apostroph
- Auf unverständliche Textpassagen wird mit eckiger Klammer [UNV: ETWA: ...] verwiesen
- Wortabbrüche werden mit zwei schrägen Strichen // gekennzeichnet
- Zitate werden als solche „zitiert“
- Besondere Störungen und Vorkommnisse stehen in [eckigen Klammern]
- Die Interviewpersonen sind jeweils durch die Buchstaben A, B, C, D, E anonymisiert
- Ein großes F steht synonym für den Interviewer

4.8 Auswertungsmethode

Die Analyse und Interpretation der Transkriptionen erfolgt auf der Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring. Diese stützt sich auf die Technik der Zusammenfassung und Kategorienbildung aus dem Datenmaterial. Der Vorteil dieser Methode ist die Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit des Verfahrens, da die Inhaltsanalyse ein systematisches Vorgehen ist und nach expliziten Regeln verläuft (vgl. Mayring 2010, 48 f.). Die induktive Kategorienbildung gewährleistet zudem eine möglichst naturalistische und gegenstandsnahe Darstellung der Aussagen, ohne eine Verzerrung der Daten durch Vorannahmen der Forschenden (vgl. ebd., 84).

Im Fokus der Interviewauswertung stand die Informationsgewinnung über den Problemgegenstand aus der Forschungsfrage. Dafür wurden kurze inhaltstragende Textteile aus den Transkriptionen extrahiert und zu Kategorien zusammengefasst. Zuerst erfolgte dafür die Analyse der einzelnen Interviews. In einem ersten Arbeitsschritt wurden Textteile in einer inhaltsbeschreibenden Form und einheitlichen Sprachebene paraphrasiert. Dabei wurden bereits ausschmückende und inhaltsleere Redewendungen bzw. Textbestandteile weggestrichen, um die Materialmenge zu verringern. Der zweite Arbeitsschritt sah eine zweite Reduktion der entwickelten Paraphrasen auf ein höheres Abstraktionsniveau vor. Diese wurden verallgemeinert und es entstanden generalisierte Aussagen über den Forschungsgegenstand. Auf dieser Abstraktionsebene wurden dann inhaltsgleiche Paraphrasen oder unwichtige bzw. bedeutungslose Aussagen ersichtlich, die ausgesondert werden konnten, damit das Material weiter verringert wurde. Im dritten Arbeitsschritt wurden dann die verbleibenden, inhaltstragenden und generalisierten Paraphrasen, die sich aufeinander bezogen, auf einer nächsten Abstraktionsebene in Kategorien zusammengefasst und durch neue subsumierte Aussagen wiedergegeben (vgl. ebd., 67-85). Der Ablauf der Auswertung wurde anschließend in zwei weiteren Durchgängen wiederholt. Die generalisierten Kategorien von jeweils zwei und drei Interviews sind in einem zweiten Durchgang weiter zusammengefasst worden, um in einem dritten Durchlauf die entwickelten Informationen aus allen Interviews zu Gesamtkategorien verdichten zu können. Nach jeder Auswertung wurden dann die entstandenen Kategorien an den Transkriptionen rücküberprüft, damit eine Verzerrung der Ergebnisse verhindert werden konnte.

5. Untersuchungsergebnisse

Die Untersuchungsergebnisse werden im Folgenden als zusammenfassende Ergebnisse dargestellt und sind analog nach den Themenschwerpunkten des Interviewleitfadens gegliedert. Innerhalb der Themenkomplexe sind die Aussagen nach ihrer thematischen Kategorie strukturiert, deren Bezeichnung bzw. Benennung sich aus den Äußerungen der Interviewten oder den gestellten Nachfragen ableiten. Zur Rücküberprüfung sind die Ergebnisse anschließend mit inhaltstragenden Zitaten aus den Interviews belegt worden.

5.1 Beziehungsgestaltung zu Doppeldiagnoseklienten

Voraussetzungen

Als persönliche Voraussetzungen für eine gute Beziehungsarbeit mit Doppeldiagnoseklienten gaben die Befragten an, dass es wichtig ist, verlässlich zu sein und Versprechen sowie Absprachen gegenüber den Betroffenen einzuhalten. Zudem sollte man offen und ehrlich sein, wie auch ein echtes Interesse für die Probleme der Patienten zeigen. Bei inakzeptablen Verhaltensweisen, wie Suchtrücfälle, grundlose Schuldzuweisungen, zu private Annäherungen und Rollenübertragungen, sollten den Erkrankten Grenzen gesetzt werden.

Neben dem Aufzeigen von Grenzen für die Klienten, ist eine persönliche, selbstreflexive Handlungsweise notwendig, um auch eigene Grenzen in der Arbeitsbeziehung erkennen und respektieren zu können. Die MitarbeiterInnen sollten außerdem über Beziehungskompetenzen verfügen und in der Lage sein, die Balance zwischen Nähe und Distanz justieren zu können.

Therapeutische Weiterbildungen mit Selbsterfahrungsanteilen sind von Vorteil, weil sich die professionellen Fachkräfte in die Rolle der Klienten besser hineinversetzen können. Wichtig sind ferner auch Kenntnisse über Methoden zur Gesprächsführung. Die persönliche Haltung der Fachkräfte, welche die therapeutische Beziehung gestaltet, sollte darüber hinaus authentisch sein. Dieses zeigt sich durch eine ernst gemeinte Wertschätzung und Anteilnahme an den Gefühlen und Bedürfnissen der Klienten, aber auch der Verbalisierung von eigenem und persönlichem Ärger über das Verhalten der Patienten.

„Das, wie ich finde, das Allerwichtigste in der Beziehung mit den Klienten hier ist, authentisch zu sein. [...] und das bedeutet aber auch, sich mit den, also zu freuen und zu loben und gleichzeitig auch zu sagen: ‚Ich bin jetzt total sauer auf Sie‘ [...]. [...], dass man einfach verlässlich ist, das man das

tut was man sagt, das man sich an Absprachen hält, [...]. [...]. Ja und das man sich halt interessiert zeigt.“

„Ja, Klarheit und Offenheit. Ganz klar, dass ich, eben halt, offen und ehrlich mit dem bin. [...] ihm klar zu machen, wo Grenzen sind, meine Grenzen sind, aber auch seine Grenzen sind, die wahrzunehmen und zu respektieren.“

„Also mit dieser Nähe- Distanz gut umgehen zu können, 'ne gewisse Beziehungsfähigkeit, ja, mitbringen zu können und natürlich, also ich find// diese therapeutische Erfahrung is/ einfach total wichtig, [...]. [...] dass man methodisch einigermaßen geschult is//, so Gesprächsführung, ecetera, [...].“

In Abhängigkeit von den einrichtungsbezogenen Rahmenbedingungen ist für eine gute therapeutische Beziehung ein geringer Betreuungsschlüssel von Bedeutung. Dadurch kann mehr Zeit mit einzelnen Klienten verbracht werden, und es ermöglicht ein genaues Wissen über deren Gefühlsleben. Ergänzend wird der Aufbau einer therapeutischen Beziehung durch die längere Aufenthaltsdauer und Begleitung der Betroffenen im Behandlungssetting, von mindestens bis zu einem Jahr, gefördert. Gleichfalls sollten die Einrichtungen Zeit für mehrere Teambesprechungen in der Woche vorgeben und den Mitarbeitern die Möglichkeit einräumen, regelmäßig an Supervisionen teilnehmen zu können.

„[...], das wie so 'n wahnsinnig guten Betreuungsschlüssel haben. Dass wir genau drei Klienten haben. Dadurch, dass hier nicht mehr als fünfundzwanzig Klienten sind, kenne ich auch alle. [...], ich weiß von jedem ganz schön viel und ich bin relativ nah dran und ich weiß auch, ungefähr, wer sich wie fühlt und warum sich wer wie fühlt“

„[...], Voraussetzungen von 'ner Institution, würd// ich sagen, dass eben gutes, gutes Verhältnis der, der Betreuungsfallzahlen da ist, das ham wir und dass es 'ne ausreichende fachliche Begleitung in Form von Supervision gibt. So, Zeit an Teambesprechungen und so was,[...].“

„Also genügend Zeit zu haben, dass die fach//, das die Arbeit fachlich begleitet wird, [...].“

Neben den persönlichen und institutionellen Voraussetzungen wird auch eine Erwartung an die Klienten gestellt. Diese müssen, im Sinne eines Vorschusses, Vertrauen in die Regeln, Vorschriften und Ansagen der MitarbeiterInnen mitbringen, damit eine therapeutische Beziehung zu ihnen aufgebaut werden kann.

„[...], Beziehung fußt auf Vertrauen. Natürlich erwarten wir ein Stück Vertrauensvorschuss. Am Anfang kapiert 'n die meisten noch gar nicht, wo geht die Reise hin, ist das so, wie es hier is//, warum sind die ganzen Regeln, Vorschriften und Ansagen. Das heißt, da erwarten wir 'n Stück Vertrauensvorschuss.“

Beziehungsaufbau

Vor dem Aufbau einer guten Beziehung lernen sich die professionellen Fachkräfte und Doppeldiagnosepatienten in einem ersten Kontakt kennen. Die MitarbeiterInnen machen sich durch Befragungen einen ersten Eindruck von den Erkrankten, dabei ist es wichtig, empa-

thisch auf die Bedürfnisse der Betroffenen zu reagieren, damit sie Vertrauen zu den Fachkräften herstellen und deren Arbeitsweise kennenlernen. Den Patienten sollte überdies das Gefühl vermittelt werden, dass man sich vertrauensvoll, wohlwollend und kritisch mit ihren Problemen auseinandersetzen möchte und ihnen in allen Lebensbereichen Hilfe und Unterstützung anbieten mag. Zudem sind Ansprechbarkeit, viel Zeit und eine wertschätzende Haltung gegenüber den Betroffenen unentbehrlich für den Aufbau einer guten Beziehung.

Mittels gemeinsamer Unternehmungen, z.B. der Gestaltung gemeinsamer Erlebnisse oder Spiele mit den Patienten, kann der Beziehungsaufbau zusätzlich gefördert werden. In den Interviews wurde ersichtlich, dass es eine unterschiedliche Nähe zwischen den Fachkräften und Klienten gibt. Durch ein gemeinsames Handeln im Alltag bekommen die Beteiligten jeweils die Wertvorstellungen und Eigenheiten der anderen Person mit und es entstehen unterschiedliche Verbindungen, Kontakte und Gespräche über bestimmte Themen und Situationen zwischen Mitarbeitern und Patienten.

„[...] man baut eine Beziehung zu ihm aufzubauen. [...], mit 'n Lebensdaten, unter ander'm, so dass er mir ein Bild von sich gibt, aus seiner Sicht und ich, [...], durch Fragen, ja, empathisches Auftreten, ihm unterstütze dabei und er darüber, [...] meine Arbeitsweise kennen lernt und mich ein Stück weit kennen lernt und darüber, [...], versucht dann Vertrauensbasis aufzubauen zwischen, eben halt Patient und Therapeut.“

„[...] deutlich zu machen, ich bin sozusagen wirklich verbindlich und in allen Bereichen auf ihrer Seite, is// sozusagen, sie unterstützen will, also diesen Fokus wirklich auf alle Bereiche zu beleng// zu lenken.“

„Aus dem Grund mach ich auch selbst immer wieder Veranstaltung hier. Das kann ganz unterschiedliche Sachen sein. Neigungsgruppe, Billard spielen mit den Leuten. [...]. Da passiert was, das ist Beziehungsgestaltung.“

„Man hat auch immer Menschen mit den man mehr Verbindung hat, mit den man sich [...], jetzt über Fußball unterhält oder über Musik unterhält. Also, man hat so bestimmte Themen, die einen als Menschen auch interessieren, egal ob Patient oder Therapeut und über die man auch mal zwischendrin einfach redet, wo Verbindung entsteht.“

Beziehungscharakter

Die Beziehungen zu den Patienten werden unabhängig von ihrem Erkrankungsbild oder ihren Diagnosen gestaltet, dennoch sind sie individuell und altersabhängig. Bei jüngeren Doppeldiagnoseklienten haben die Beziehungen einen eher elterlichen Charakter, sie werden autoritär und zugleich gutmütig gestaltet. Dagegen steht bei Klienten, die genauso alt sind wie die MitarbeiterInnen oder älter, ihre Eigenständigkeit im Mittelpunkt und es findet eine Kommunikation auf gleicher Augenhöhe statt.

„Erst mal gestalte ich die Beziehung frei ab von irgendwelchen Diagnosen.“

„Wir haben auch viele junge Leute, [...]. [...] und da geh ich natürlich eher autoritär, sag ich mal, in den Kontakt, aber auch wohlwollend. Also so 'n bisschen väterlich würde ich sagen.“

„Klienten, die [...] mein Alter oder älter sind, dann geh ich natürlich ganz anders drauf zu. Also da stell ich mir die Eigenständigkeit in den Vordergrund und [...] `ne Kommunikation auf Augenhöhe [...].“

Nähe und Distanz

Das Ausbalancieren zwischen Nähe und Distanz zu den Patienten geschieht persönlich durch die jeweiligen Fachkräfte und ist abhängig von bestimmten Kontakten und Situationen. Die Klienten haben häufig eine fehlende Wahrnehmung für Distanz, sind oft grenzüberschreitend. Besonders bei sexuellen und körperlichen Annäherungen sowie vertieften Fragen nach dem Privatleben der MitarbeiterInnen, ist eine Abgrenzung wichtig. Daneben müssen Fachkräfte in der Lage sein, ihr berufliches und privates Leben zu trennen und sich von dem Leid der Klienten zu distanzieren. In den Einrichtungen werden die erkrankten Personen durch die MitarbeiterInnen gesiezt. Mit Einvernehmen kann dieser Umstand aus dem mangelnden Gespür für Distanz der Patienten resultieren. In den Befragungen gaben die Untersuchungspersonen auch an, eine gewisse private Nähe zuzulassen. So teilen die MitarbeiterInnen Wesentliches aus ihrem Privatleben den Klienten mit, indem sie mit ihnen z.B. über ihren Urlaub, Hobbys oder Haustiere ins Gespräch kommen. In der Beziehung sind sie so als individuelle Charaktere für die Patienten greifbar und wahrnehmbar. Dieses scheint, insbesondere vor dem Hintergrund der Funktionalisierung der Fachkräfte durch die Klienten klinischer Sozialarbeit, von Bedeutung zu sein. Informationen, die dagegen nicht mitgeteilt werden, betreffen das eigene Gefühlserleben, private Sorgen und Beziehungsprobleme der klinisch Tätigen.

„[...] ein ausbalancieren is//, für ein selber und natürlich [...], im jeweiligen Kontakt auch, so und dass, das nich// sowas sa is// wo man sagen kann: ‚Ja so verhalt// ich mich als Therapeutin immer, jedem Patienten gegenüber‘, [...].“

„Oder wenn die mich fragen, wohin ich in den Urlaub fahre, [...], dann sach ich auch: ‚Ich fahr da und da hin‘, [...]. Also, so Basics schon. Mein Gefühlsleben teile ich natürlich nicht mit denen [...].“

„[...] die Bewohner, viele kommen ja auch distanzlos an, [...]. Die müssen von uns natürlich klarerweise Signale bekommen, deshalb siezen wir hier alle.“

„Geht nich//. Bewohner anzufassen, ja, im Arm zu nehmen oder zu tätscheln [...], geht nich/.“

„Wenn's da um sexuelle Dinge geht, muss es, [...] klar sein, bis hier hin und nich// weiter, [...].“

Sanktionen

Bei der Sanktionierung von Klienten für entsprechende Regelverstöße oder dem nicht Einhalten von getroffenen Absprachen ist es wichtig, konsequent zu bleiben. Durch das vorherige Erklären der Auswirkungen von bestimmten Verhaltensweisen wird ihre Einsicht für eine Sanktionierung gefördert und ihnen ihr Fehlverhalten bewusst.

„[...] also wichtig ist einfach auch konsequent zu sein und wenn man das konsequent macht und die Klienten nachvollziehen können, warum man was wie macht, dann ist// es auch nicht schlimm, wenn man die bestrafen muss, weil dann wissen sie schon, dass es richtig ist, das man jetzt irgendwie 'ne Sanktion ausgesprochen hat.“

5.2 Erfahrungen im Umgang mit der Suchtstörung

Erfahrungen mit den Klienten

Aus den Interviews konnte eruiert werden, dass zu Beginn der Arbeit mit den Klienten die MitarbeiterInnen häufig zu naiv gewesen waren und den Patienten mehr geglaubt und vertraut hatten. Durch die Suchterkrankung der Betroffenen sind sie im Nachhinein oft angelogen und getäuscht worden. Den Erzählungen war weiter zu entnehmen, dass es im Umgang mit den Betroffenen besonders schwer ist, damit rechnen zu müssen, das man angelogen und enttäuscht wird, aber auf der anderen Seite aufpassen muss, nicht gleich jedem Lügen oder negative Verhaltensweisen zu unterstellen. Der Beziehungsaufbau wird zudem dadurch erschwert, dass die Patienten, durch belügen der Fachkräfte, schwer deren Beziehungsangebote annehmen können. Sie haben dann häufig ein schlechtes Gewissen gegenüber den MitarbeiterInnen, was für sie schwer aushaltbar ist und zu Suchtrückfällen führen kann.

Die Erkrankten idealisieren ihre Sucht und haben nicht gelernt, mit Auseinandersetzungen, Streit und Konflikten umzugehen. Sie zeigen ein fehlendes Verantwortungsbewusstsein, süchtige Verhaltensweisen, wie Laissez-fair, Ungeduld und Bequemlichkeit. Da ist es notwendig, den Klienten ihre Verhaltensweisen deutlich zu machen und sie damit zu konfrontieren. Sie möchten an ihrem Verhalten festhalten, denn der Konsum von Drogen war für sie auch positiv besetzt, weil sie dadurch Spaß erleben konnten. In der Beziehung sollte ihnen der Raum gegeben und einrichtungsbezogene Angebote gemacht werden, in denen sie albern und witzig sein dürfen, damit sie lernen können, auch ohne Drogen Spaß zu haben. Durch ihre Ungeduld sollten zudem keine Fernziele, sondern Etappenziele, die kurzfristig erreicht werden können, definiert werden. Wichtig ist außerdem ein geduldiger Umgang, denn durch den Konsum von Drogen sind die Erkrankten häufig kognitiv eingeschränkt und verlangsam.

„Tatsächlich war ich am Anfang naiver, [...]. [...] wie gut die Beziehung ist, es kann einem einfach passieren, dass man verarscht wird und am Anfang war ich total enttäuscht[...].“

„ [...], sie belügen ja nicht mich, sondern sie belügen sich im ersten Moment selber [...] dadurch wird es unheimlich schwer, auch 'ne Beziehung aufzubauen für sie, weil sie ja immer 'nem schlechten Gewissen auf mich durchdringen [...] führt dann auch wieder dazu, dass sich bald wieder zum Rückfall kommt, weil einfach die Beziehung oder das Beziehungsangebot von ihnen nicht angenommen werden kann[...].“

„[...] in vielen Fällen nicht gelernt haben, Situationen auszuhalten, eben durch zu entwickeln und eben halt auch gelernt haben, sich auseinanderzusetzen. Das bedeutet [...], dass sie große Schwierigkeiten haben mit der Regulation ihrer eigenen Gefühlswelt, [...]. Bei einigen ist es [...], dass die [...], das Lernen von Auseinandersetzungen, von Streit, gar nicht wirklich durchlebt haben und Erfahrungen gesammelt haben und einfach Angst davor haben [...] und große Schwierigkeiten darüber haben, selber Verantwortung zu übernehmen.“

„Die Bewohner sind eingeschränkt, sind verlangsamt, [...]. Auch das muss man mit berücksichtigen. Viele haben kein Schulabschluss [...]. Sind also intellektuell auch nicht so fit, [...].“

„Das andere ist ja das süchtige Verhalten, dass was die Leute mitbringen an Konsumverhalten, an Bequemlichkeit, an Laissez-faire [...].“

Umgang mit Suchtmittelrückfällen

Mit Suchtmittelrückfällen der Klienten wird in der Arbeitsbeziehung individuell umgegangen, sie werden nicht sofort aus den Einrichtungen entlassen. Rückfälle in den Suchtkonsum gehören zum Erkrankungsbild von Doppeldiagnoseklienten und haben unterschiedliche Ursachen. Während ihrer Behandlung können die Betroffenen Belastungen, Überforderungen und Probleme erleben, in deren Folge Drogenkonsum ein Bewältigungsversuch ist, mit diesen Situationen umzugehen. Auch Langeweile, eine Rückkehr in das alte Drogenmilieu, oder eine zu geringe Abstinenzmotivation, können die Ursachen für einen Suchtrückfall sein. Voraussetzung, damit die Patienten in den Einrichtungen verbleiben dürfen und mit ihren Rückfällen gearbeitet werden kann, ist ihre Bereitschaft und Motivation, zukünftig abstinent zu bleiben.

Wie in der grundlegenden Suchthilfe, werden auch Doppeldiagnoseklienten mit ihren Suchtrückfällen konfrontiert und an ihre Eigenverantwortung appelliert. Daneben müssen ihre Abstinenzmotivation und ihre Einsicht für die Suchterkrankung gefördert werden. Wichtig ist, vor dem Hintergrund von Belastungen und Überforderungen, den Erkrankten Entlastungen zu schaffen und mit ihnen gemeinsam zu eruieren, in welchen Bereichen sie weiter Hilfe und Unterstützung durch die MitarbeiterInnen benötigen. Eine sofortige Entlassung erfolgt nur bei einer stetig fehlenden Behandlungsmotivation, sowie Krankheitseinsicht, denn dann ist es nicht möglich, die Betroffenen zu behandeln, oft sind sie auch noch jung und haben eine zu geringe Lebenserfahrung. Entlassungen erfolgen außerdem, wenn Suchtmittel in die Einrichtungen geschmuggelt werden oder die Fachkräfte erkennen, dass das Behandlungssetting nicht gut für einige Klienten ist und diese die Beziehungsangebote der MitarbeiterInnen nicht aushalten können.

„Also Umgang mit, mit Suchtrück//, Suchtmittelrückfällen ist bei uns insofern klar geregelt, [...], indem wir ausschließlich Einzelfallentscheidungen treffen[...]. Das kann oft so verschiedene Gründe haben, Überforderung, Belastung, Probleme, [...] das muss man sich genau angucken, damit derjenige auch draus lernen kann [...].“

„Kann aber auch sein, was, das macht man längeren Phase so was wie 'ne Therapiemüdigkeit eintritt. Dann kommt jemand wieder auf dumme Gedanken oder verkehrt wieder in alten Kreisen [...].“

„Also ich konfrontiere damit. Versuche auch das Verhalten, das dazu geführt hat, zu analysieren, durchzusprechen, auseinanderzusetzen. [...] auch zu gucken, [...]. Wo, ja, wär Hilfe nötig? Wo können wir auch vorintervenieren? Gleichzeitig aber, [...] dann auch mal deutlich zu machen an die Eigenverantwortung und welche Motivation steckt wirklich dahinter.“

„Also dann, da würd ich niemals den Bewohnern, sozusagen, die Entscheidungsgewalt in die Hand geben zu sagen: ‚So, sollen wir ihn rausschmeißen oder nich//‘. Da würden wir vielmehr Leute vor die Tür setzen, als wir das so tun und das würd ich für verkehrt halten, [...].“

Umgang mit Verlangen nach Suchtmitteln

Der Umgang mit Suchtdruck wird ebenfalls individuell gestaltet und ist abhängig von den jeweiligen Klienten und der Situation. Wenn die Betroffenen nicht von sich aus Suchtdruck thematisieren, ist es in der Arbeitsbeziehung wichtig, sie häufiger danach zu befragen. Im gemeinsamen Gespräch wird dann ein Verständnis über die auslösenden Faktoren oder Situationen entwickelt, die den Suchtdruck auslösten. Auf dieser Grundlage werden anschließend gemeinsam Bewältigungsmöglichkeiten erarbeitet, um mit den auslösenden Einflüssen umgehen zu können. Auch werden gemeinsam alternative Handlungsmöglichkeiten entwickelt, durch die ein bestehendes Verlangen nach Drogen kompensiert werden kann.

„Suchtdruck, da fragen wir natürlich immer mal wieder. [...]. Wichtig dabei ist natürlich, mit dem Patienten zu erarbeiten, wo kommt der Suchtdruck her [...].“

„Das is// dann was sehr individuelles, so mit den Einzelnen zu gucken, wie könn// sie in solchen Situationen gegenseitig steuern, das denn so 'n bisschen umzulenken.“

Suchtverständnis der MitarbeiterInnen

Wie bereits am Anfang dieser Arbeit aufgeführt wurde, gibt es unterschiedliche Verständnisse über Sucht. Die Fachkräfte begreifen süchtiges Verhalten als ein Bewältigungshandeln, welches die Klienten von ihren Bezugspersonen vorgelebt bekamen und von ihnen erlernten. Sie versuchen durch den Konsum von Drogen, Problemen aus dem Weg zu gehen und sich der Realität zu entziehen. Häufig fehlen ihnen auch Unterstützungspotenziale, damit sie angemessen mit belastenden Situationen umgehen können. Die Sucht wurde ferner als eine psychische Störung definiert, dessen Ursache sich in der Kindheit der Patienten findet. So haben sie während ihrer Kindheit nicht gelernt, Ich-Strukturen auszubilden und ein gestärktes Selbstbild zu entwickeln.

In Situationen, in denen an die Eigenverantwortung der Betroffenen appelliert werden muss, fällt es in der Arbeit aber schwer, Sucht als eine psychische Störung zu begreifen.

„Ja. Die Sucht ist natürlich [...], wenn ich das vorgelebt bekomme als Lösungsweg halt. Also, weil meine Eltern mir vorgelebt haben, dass Sucht 'n aldehydes Mittel ist mit dem Leben umzugehen. [...] und keine Unterstützung da ist, [...].“

„Ich weiß das da, also Sucht ist 'ne psychische Störung und das ist vor allem 'ne Störung auch der frühen Kindheit. [...], weil sie einfach gewisse Ich-Strukturen nicht gelernt haben, wie Affektregulation und Frustrationstoleranz aufbauen.“

„[...] ich weiß Sucht ist 'ne Krankheit, 'ne Stör//, ne psychische Störung. Aber oft hader ich mit mir innerlich und denk: ‚So jetzt rei Dich einfach mal zusammen, so schwer kann's jetzt mal nicht sein‘.“

Erfahrung mit der Suchtarbeit

In der therapeutischen Beziehung mit Doppeldiagnoseklienten ist es leichter, mit der Suchtproblematik der Patienten umzugehen, als mit deren psychischen Erkrankungen. Durch klare Regeln im Umgang mit süchtigen Verhaltensweisen ist es leichter, entsprechend zu handeln bzw. auf die Patienten zu reagieren. So steht bereits der Konsens darüber fest, dass der Konsum von Drogen sanktioniert wird.

„[...] sonst aber finde ich die Arbeit mit der Sucht theoretisch einfacher als die Arbeit mit der Psychose, weil die Arbeit mit der Sucht nach sehr sehr klaren Linien läuft. Das ist einfach so, entweder du konsumierst oder du konsumierst nicht, wenn du konsumierst, dann kriegst Sanktionen [...], [...], das finde ich viel leichter, weil das viel klarer strukturierter und ist, als mit der Psychose umzugehen.“

Gegensätzliche Behandlung

Deutlich ist aus den Interviews geworden, dass Doppeldiagnoseklienten aufgrund ihrer Suchtproblematik, konfrontiert werden können und eine klare sowie konsequente Haltung im Umgang mit der Sucht notwendig ist. Eine durch Empathie getragene und beschützende Haltung im Umgang mit psychischen Erkrankungen wird aber nicht ausgeschlossen, sondern kann neben einer konsequenten und konfrontierenden Haltung eingenommen werden. Voraussetzung, damit dieses gelingt und die Klienten damit umgehen können, ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen ihnen und den Fachkräften.

„Die Meisten haben 'ne Psychose, wo's natürlich wichtig ist, da auch jemanden, ja, 'nen beschützenden Rahmen zu geben und so weiter. Auf der anderen Seite ist es überhaupt kein, kein Gegensatz, obwohl es danach klingt, sehr klar und konsequent jemanden gegenüber zu treten, [...]. Da gibt es sozusagen kein Schonraum oder Empathie [...].“

„Aber Basis, damit das funktioniert, ist eben die Beziehung, die da sein muss. Wenn sie Leute nicht// erreichen, dann können// sie einpacken, schlicht und ergreifend“

5.3 Einfluss psychischer Störungen auf die Beziehung

Erfahrungen mit Doppeldiagnoseklienten

Doppeldiagnoseklienten verstehen sich eher als suchtkrank. Ihnen fällt es schwer, ihre psychischen Störungen zuzugeben, weil diese stärker stigmatisiert werden als Abhängigkeitserkrankungen. In den Einrichtungen lernen sie mit ihren psychischen Störungen umzugehen, gleichzeitig versuchen sie aber, an ihren Psychosen festzuhalten. Die Wahrnehmungen, die sie durch ihre Psychosen erlebten, sind für einige auch positiv besetzt gewesen, deshalb zeigen die Klienten im Alltag häufig Verhaltensweisen, oder gehen Aktivitäten nach, die ihre Psychosen verstärken können. Damit ihnen das bewusst werden kann, muss ihnen vermittelt werden, dass bestimmte Handlungen, oder Aktivitäten, nicht gut für sie sind, da sie ihre psychischen Symptome verschlimmern können.

„Also für viele is// es ja leichter, sich als Süchtigen zu sehen [...]. Also die Psychose is// ja häufig viel stärker stigmatisiert, ja. Das sie denken, oh, wenn ich irgendwo draußen sage ich bin Psychotiker, das is// viel peinlicher als wenn ich sage, oh ich bin Säufer [...].“

„Das heißt, da gibt's 'n Teil, da halten sie auch an der Psychose fest und auf der einen Seite zu lernen, ja, mit der Psychose klar zu kommen [...].“

„Auch das unsere Bewohner oft genau die Filme seh'n, wo wir sagen würde: ‚Also das ist nun genau das Verkehrte‘.“

„[...] dann ein Bewusstsein darüber zu vermitteln, dass es aber nicht gut ist für sie [...].“

Komorbide Personen, die an Angststörungen, Schizophrenien und Affektiven Störungen leiden, sind, nach den Äußerungen der Befragten, im Kontakt ängstlich, unsicher und misstrauisch. Wichtig ist dann zu Beginn der Arbeit mit den Patienten, ihnen Orientierungspunkte zu geben. Die Haltung der Fachkräfte sollte den Betroffenen das Gefühl von Sicherheit, Vertrauen und Offenheit geben. Daneben sollten Versprechen eingehalten und Regeln konsequent angewendet werden.

Doppeldiagnosepatienten sind außerdem nicht in der Lage, stabile und langfristige Beziehungen zu führen. Sie besitzen ein mangelndes Einfühlungsvermögen und sehen die Therapeuten in ihrer Funktion, und nicht als Menschen mit Gefühlen an. Deutlich wurde, dass der Umgang mit den Erkrankten, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung haben, schwieriger ist. In der Beziehung muss man damit rechnen, von ihnen entwertet und angeschrien zu werden, daher sollte die Beziehung zu ihnen durch eine klare Kommunikation und mehr Distanz geprägt sein.

Die Klienten müssen erleben, wie eine normale Beziehung sein sollte und das diese Streit, Kritik, Ärger und kritische Situationen aushalten kann. Damit ihr Einfühlungsvermögen gefördert wird, wird ihr Handeln gespiegelt, um ihnen bewusst zu machen, was bestimmte Verhaltensweisen bei ihrem jeweiligen Gegenüber auslösen.

„Was ich eben halt wirklich ganz gut finde, was meine Kollegin gesagt hat: ‚Ne Psychose is// wie ein Erdbeben und danach steht nichts mehr aufeinander oder ich kann nicht mehr dem trauen was da steht, dass es für mich heilt‘ und diese Verunsicherung zeichnet am Anfang vor allen Dingen, die Personen aus [...].“

„Also stimmt das, was ich sage, mit dem überein, wie ich handle [...], gelten die Regeln, die für ‘n Haus sind, werden die von mir genauso angewandt, gibt es die gleichen Konsequenzen bei andern. Das ist etwas, an dem er sich orientiert und darüber auch langsam ‘ne Sicher//, Versicherheit gewinnt und dann auch sich öffnen kann und dann auch Vertrauen gewinnen kann.“

„Ansonsten is// es einfach so, dass die Klienten einfach oft nie wirklich gelernt haben, eine langfristige Beziehung zu führ‘n, beziehungsweise eine stabile Beziehung zu führ‘n [...].“

„Manchmal hab ich schon das Gefühl, dass für die, ist der Therapeut ein mechanisches Wesen, dass dem keinerlei menschliche Irgendwas zugeschrieben werden.“

„[...], der ‘ne Borderline-Persönlichkeitsstörung hat, dann ist das mit der Beziehung natürlich extrem schwierig, ne. Dann muss man einfach damit leben, dass man entwertet wird, dass man angeschrien wird, [...].“

„[...] dass natürlich dann meine Aufgabe zu spiegeln und zu versuchen diese Mentalisierungsfähigkeit irgendwie voranzutreiben, [...].“

„[...] ich seh// das eigentlich als meine Aufgabe an, denen hier zu vermitteln, wie das ist, eine normale Beziehung zu führen. [...], dass die Beziehung trotzdem weitergeht, auch wenn man sich mal streitet oder der eine sauer ist und das ‘ne Beziehung auch aushalten muss, dass man den Andern kritisiert [...].“

Medikamente

In grundständigen Suchthilfeeinrichtungen erfolgt in der Regel keine medikamentöse Behandlung von psychischen Symptomen der Betroffenen. Die Interviewten gaben an, dass Medikamente, bei einer hohen psychischen Symptomlastigkeit der Patienten, die Voraussetzung sind, um mit ihnen in Beziehung gehen zu können. Medikamente dämpfen Verfolgungsgefühle, Ängste und Abwehrverhalten der Patienten, die den Beziehungsaufbau erschweren. Sie können so in die Lage versetzt werden, sich mit ihren psychischen Symptomen auseinanderzusetzen. Gleichzeitig sollten die Nebenwirkungen von Psychopharmaka, wie Antriebsminderung und körperliche, sowie geistige Einschränkungen, beachtet werden, damit die Erkrankten nicht überfordert werden und man geduldig im Umgang mit ihnen ist.

„[...], dass die Medikamente notwendig sind, um überhaupt in eine Beziehung zu kommen. Wenn ich mich verfolgt fühle oder, [...], Beziehungsideen entwickle, das der Andere meine Gedanken lesen könnte oder manipulieren könnte, [...], ist natürlich diese ganze Beziehung nur mit Angst und Abwehr belastet. Durch die Medikamente kommt der Klient überhaupt in die Lage, ja, sich darauf einzulassen und ‘ner Erkrankung selbstständig was zu tun.“

„Fast alle kriegen Medikamente, die ham natürlich Nebenwirkungen [...] die Leute sind eingeschränkt, die sind antriebsgemindert, [...]. Dat heißt dann Zukunft, die könn// sich schlecht konzentrieren, die könn// sich schlecht Sachen merken und all diese Dinge. Das spielt da alles mit rein. Das is// wichtig einmal im Hinterkopf zu haben und jemand nicht zu überfordern.“

Stellenwert der Störungen bei den Betroffenen

Die doppelten Diagnosen haben für die Erkrankten einen unterschiedlichen Stellenwert und stehen bei ihnen im Vorder- oder Hintergrund. Wie bereits eruiert werden konnte, verstehen sich die Betroffenen eher als suchtkrank, deshalb muss ihnen der Zusammenhang ihres Drogenkonsums zu ihren psychischen Symptomen und Störungen verdeutlicht werden. Dies geschieht mit Rückgriff auf die Erklärungsmodelle zur Entstehung von Doppeldiagnosen, welche das Ineinandergreifen beider Störungen verdeutlichen. Die Klienten müssen dazu aufgefordert werden, über ihre psychischen Symptome zu reden, dabei sollten die MitarbeiterInnen die geschilderten Symptome weder ab-, noch bewerten.

„[...], die Verbindung herzustellen [...] sie überhaupt dazu zu ermuntern, dass sie dazu, darüber erzähl'n dürfen, dass es hier nicht erst was is//, was wir abwerten oder bewerten überhaupt. Dass sie den Zusammenhang zwischen Psychose und Sucht auch bedenken, [...], [...].“

Bei vordergründigen Psychosen geht es darum, die Betroffenen zu stabilisieren und nicht zu überfordern. Gemeinsam mit ihnen werden in regelmäßigen Gesprächen Bewältigungsmöglichkeiten erarbeitet, damit sie mit ihren Symptomen umgehen können. Gegebenenfalls können bei akuten Symptomen aber auch zusätzliche Medikamentengaben notwendig sein.

„Also es hängt sehr stark davon ab, ist das 'n Patient, bei dem die Psychose sichtbar, sichtbar im Vordergrund steht oder das einer, der das eher so wegdrückt.“

„ [...], dann geht es natürlich mehr darum, also mit ihm da stabilisierend zu arbeiten, [...]. Zu gucken, Mensch was, was is// das, was hilft Ihnen von der Psychose wieder oder zur Psychose Distanz zu bekommen? ja.“

„Wenn jemand so wackelig in Bezug auf die Psychose is//, dann spielt die medikamentöse Behandlung 'ne große Rolle, [...].“

Umgang mit akuten psychischen Symptomen

Während akute psychische Symptome auftreten, sind Doppeldiagnoseklienten reizoffen, unsicher und haben eine geringere Ich-Stärke, die Realität empfinden sie als Bedrohung und Krise. In der therapeutischen Beziehung sollte mit ihnen versucht werden, einen Wirklichkeitsbezug herzustellen und die Symptome auf die Alltagssituation zu beziehen. Im Umgang mit ihnen ist es deshalb wichtig, behutsam und vorsichtig zu sein, sowie beruhigend auf sie einzuwirken. Die Fachkräfte sollten auf die momentanen Befindlichkeiten der Patienten achten und sie müssen erkennen können, wo Hilfe und Unterstützung für die Betroffenen nötig

ist. Sie nehmen in diesen Situationen eine versorgende Rolle mit einer niedrigschwelligen, begleitenden und akzeptierenden Haltung ein, die mit einem Verständnis für die momentanen Probleme der Klienten versehen sein sollte.

„[...] , wenn wir jetzt// von, von 'ner typischen Schizophrenie ausgeh'n, neigen die Klienten ja dazu, sehr sensibel zu sein und dann auch reizoffen zu sein, 'ne geringe Ich- Stärke zu haben, [...].“

„Gehen wir natürlich behutsam miteinander um, wenn, sag ich mal, ne kriselige Situation da ist und versuchen dann gemeinsam, so die [UNV:ETWA: fragwürdigen] Symptome auf Realität zu überprüfen, [...].“

„Bei natürlich Psychose- Symptomen als absolute Unsicherheit und auch Bedrohung angenommen werden und das ist natürlich unser Job, da auch ein bisschen Beruhigung zu schaffen, [...].“

„ [...] wenn jemand akut psychotisch is//, dann kannst du, letztendlich brei//, musst du dich dann so auf die, auf die Alltagssituation bezieh'n.“

„Der versorgende Anteil is// da viel höher, als bei der klassischen Suchtarbeit, [...].“

„Also bei jemand der sehr psychosenah is//, is/ natürlich unsere Haltung, meine Haltung, eher eine niedrigschwellig//, akzeptierende, verstehende, unterstützende, begleitende Art sozusagen.“

Bei präpsychotischen Symptomen, die einer manifesten Psychose vorausgehen können, sollte man rücksichtsvoll und geduldig im Umgang mit den Erkrankten sein. Eine Ausnahme ist der Umgang mit Doppeldiagnoseklienten, die keine Symptome ihrer psychischen Störung zeigen. Bei ihnen können die MitarbeiterInnen genauso in die Konflikte und Konfrontation gehen, wie bei nicht erkrankten Personen.

„Kann auch sein das noch der so präpsychotisch sind, noch Stimmen hören, Filme fahren[...].“

„[...] , das hat ja bestimmte Konsequenzen. Wir ham neulich, die sind so schwer psychisch krank gewesen [...], die steh'n vorm Schrank und soll 'n eigentlich ihre gewaschenen Klamotten einsortieren und wissen nich// was sie machen soll 'n, [...].“

„ [...] dann ist es natürlich wichtig da nicht barsch zu reagieren und zu sagen: ‚Seh'n Sie mal zu, es gibt gleich Mittag‘, [...].“

„Bei symptomfreien Schizophrenie-kranken Menschen, sprich: die medikamentös gut eingestellt sind, geh ich genauso in die Konflikte wie mit gesunden Menschen auch.“

5.4 Besondere Situationen

Situationen mit Persönlichkeitsstörungen

Über Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung äußerten die Interviewten, dass sie am Anfang ihrer Arbeit, durch Unwissenheit und Unsicherheit, zu naiv im Umgang mit den Erkrankten waren und später die Erfahrung machen mussten, von den Betroffenen erniedrigt zu werden. Von diesen Erlebnissen haben sie gelernt, konfrontativer im Umgang mit den Erkrankten zu sein. Ebenfalls ist es bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung schwer, auf-

grund ihres stark selbstverletzenden Verhaltens und dissoziativer Zustände, eine Beziehung aufzubauen. Personen, die aktiv selbstverletzendes Verhalten betreiben, werden deshalb von einer Behandlungs-, bzw. Therapieaufnahme ausgeschlossen. Sie können die Beziehungsangebote, trotz professioneller Abgrenzung durch die Fachkräfte, nicht aushalten und verletzen sich aus ihrer Not heraus wieder. In diesen Situationen muss man dann gegenüber den Verletzten Ruhe bewahren und eine Versorgung ihrer Wunden vornehmen.

„[...] da hat mich nämlich 'n Klient, der Persönlichkeitsstörung hatte, richtig doll, vor allen Leuten, zur Sau gemacht.“

„Am Anfang habe ich zu wenig konfrontiert, aber das war einfach aus so 'ner Unsich//. Also, da wusste ich's einfach noch nicht und deshalb, würd sagen, ich konfrontiere heute deutlich mehr, [...].“

„ [...] wenn jemand zur Selbstverletzung neigt oder diese auch noch aktiv betreibt, ist das für uns 'n Ausschlusskriterium, weil deutlich wurde, dass wir hier natürlich Beziehungsarbeit machen und diesen Menschen noch gar nicht in der Lage sind diesen, dieses Maß an Beziehung überhaupt auszuhalten, [...].“

„[...] den tun wir nicht gut, weil wir zu sehr mit Beziehungen arbeiten. [...] [...], für die ist das viel zu viel Nähe, auch wenn wir uns immer noch aus professioneller Hinsicht abgrenzen. Aber die kriegen's nich// hin und dann reagieren sie aus ihrer Not heraus und fangen an, wieder sich zu schnip-peln, [...].“

„Dann seh// ich hier 'ne Frau [...], die hatte sich kräftig geschnitten, [...]. Da kommt man schon in Schwung, beziehungsweise muss sich sehr sehr zusammenreißen nicht in Schwung zukommen, was ja grundsätzlich auch verkehrt is//, [...].“

Lernerfahrung im Umgang mit der Sucht

Bereits für die Frage nach den Erfahrungen mit Abhängigkeitserkrankungen der Klienten gaben die MitarbeiterInnen an, am Anfang ihrer Arbeit zu naiv mit den Suchtstörungen umgegangen zu sein. Nach Drogenrückfällen machten sie die Erfahrung, dass in der Beziehung zu Doppeldiagnoseklienten, stärkere Begrenzungen, deutlichere Regeln und striktere Konsequenzen nötig sind. Auch müssen ihnen mehr Orientierungspunkte und Hilfestellungen gegeben werden.

„[...] ganz am Anfang war es so, dass ich eben halt, ihnen mehr glauben konnte. Also, oder geglaubt habe, ich darf ihm mehr vertrauen und, eben halt, mit der süchtigen Seite doch arg überrascht worden bin [...].“

„ [...] das hat schon sehr sehr auf die Arbeit dann nachgewirkt. Das, eben halt, ich [...], klarer in dem geworden bin was Regeln und Konsequenzen angeht.“

Kritische Situationen

Zu den kritischen Situationen zählten die Befragten Erlebnisse, in denen sie alleine im Dienst tätig waren. Besonders kritisch sind dann Bedrohungen durch Klienten, die nur durch

das Eingreifen der Polizei aus den Einrichtungen verwiesen werden können. Befinden sich die Patienten in akuten psychischen Krisen, dann muss eine Zwangseinweisung der Betroffenen in eine psychiatrische Klinik veranlasst werden. Es wurde auch über die Auseinandersetzung mit dem Tod berichtet. So kam es vor, dass ein Patient, nach dem Konsum von Drogen, in einer Einrichtung verstorben ist.

„Gibt andere Situationen, [...], wo 's kurz davor war, dass ich eins auf die Schnauze gekriegt hätte. Da ham wir jemanden vor die Tür gesetzt. [...], dabei musste ich die Polizei anrufen.“

„Zweimal hat ich Situationen mit 'ner Zwangseinweisung, wo jemand so verrückt war, das er dann in die Klinik eingewiesen werden musste, im Dienst alleine.“

„Oder eine Situation, wo ein Patient hier nachts verstorben is// und ich zur, zur Frühschicht gekommen bin [...].“

Positive Erlebnisse

Zu den schönen Momenten gehören positive Entwicklungen von Klienten, die zu Beginn ihrer Behandlung negative Ausgangsbedingungen hatten. Auch positive Rückmeldungen über die geleistete Arbeit der Fachkräfte gehören dazu. Die MitarbeiterInnen haben zudem immer noch Kontakt zu ehemaligen Patienten und freuen sich, nach Beendigung einer Therapie, über deren Dank, Grußkarten und Abschiedsgeschenke. Aufgrund des mangelnden Einfühlungsvermögens und den Einschränkungen der Erkrankten ist die Freude besonders groß, weil man dies nicht von den Patienten erwartet hätte.

„[...] bei den Patienten, dass ich mich eher an die erinnere, mit den ich 'ne gute und erfolgreiche Arbeit hatte, so. Zu den ich jetzt auch noch 'n Kontakt habe, [...].“

„[...] von den positiven Rückmeldungen oder von meinen positiven Eindrücken, sind das natürlich die Patienten, die stabil sind bis heute, die einfach sich immer noch auch, dass was wir hier gemeinsam erarbeitet haben, bezieh'n [...].“

„Zum Abschied schenken die mir oft was und sei es nur irgendwie 'ne Kleinigkeit, aber das alleine find ich so nett. Das, weil, dass von den man nicht unbedingt erwarten kann, das sie, aufgrund auch ihrer Mentalisierungsschwäche, überhaupt so weit denken können. Dass man sich bei jemanden bedankt, was er getan hat [...]. Oder ich habe von einem Klienten letztes Jahr zu Weihnachten 'ne Karte geschickt bekommen, [...], über so was freue ich mich dann immer sehr.“

Motivation

Bei der Frage nach der Motivation der MitarbeiterInnen, weshalb sie mit Doppeldiagnoseklienten arbeiten, konnte eruiert werden, dass sie bereits in ihrer vorherigen Tätigkeit, in der grundständigen Suchthilfe, mit psychischen Erkrankungen ihrer Klienten konfrontiert waren. Die Erkrankten erhielten dort keine ausreichende Hilfe für ihre Problematik und waren mit dem reinen Suchthilfesetting überfordert. Die Arbeit in den Einrichtungen für komorbide Patienten wird deshalb als Ergänzung zur Suchtarbeit gesehen. Diese ermöglicht, durch ei-

nen geringen Betreuungsschlüssel und eine längere Aufenthaltsdauer der Betroffenen, ein intensiveres Arbeiten und lässt mehr Nähe zu den Erkrankten zu. Das Arbeitsfeld betrachtet Suchtstörungen und psychische Störungen gleichwertig und nimmt keine unterschiedlichen Wertungen derselben vor, so dass mit beiden Erkrankungen in der Arbeit offen umgegangen werden kann. Zudem sei es spannend, sich mit der Dynamik beider Störungen auseinanderzusetzen. Ferner ist es eine herausfordernde Arbeit, die, obwohl nicht immer maximale Entwicklungen der Klienten erreicht werden können, einen Sinn hat.

„In diesen viereinhalb Jahren, die ich das gemacht hab und da hab ich auch, letztendlich, die ersten Kontakte zu Doppeldiagnosepatienten bekommen weil ich schätz mal, zehn bis fünfzehn Prozent der Leute hatten da 'ne Doppeldiagnose.“

„Wurden aber letztendlich nur, na, medikamentös abgeschossen und war'n nicht in der Lage die, diese harte Drogentherapie regulär zu durchlaufen und wir hatten eher ein schlechtes Gewissen, nach dem Motto, kann man eigentlich gar nicht machen, weil die Leute kriegen nicht die Hilfe, die sie brauchen“.

„[...] ich fand's einfach spannend [...] so 'ne Ergänzung zu dem, was ich vorher gemacht habe [...]. Ja, das is// auch noch nach wie vor so, das ich denke, das is// 'n vielseitiges Aufgabenfeld und es bietet, [...] im Gegensatz zu nur Suchtbereich, halt die Möglichkeit noch intensiver zu arbeiten.“

„Ich finde, dass man richtig doller Herausforderung, diese beiden Diagnosen und dann auch noch zusammen und ich finde es auch immer sehr spannend, mich mit der Theorie dahinter zu beschäftigen“

„Ja, aber mir macht es einfach Spaß, weil ich das Gefühl hab, es macht Sinn was ich hier mache [...].“

„[...] hier ist [...] vornherein das Arbeitsfeld ganz deutlich. Wir unterscheiden nich//, wir werten nich// in beide Richtungen, sondern beide Krank//, Erkrankungen stehen gleichwertig nebeneinander und wir können damit offen umgehen[...].“

6. Empfehlungen für den Umgang mit Doppeldiagnoseklienten

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Erkenntnisse in Form von Handlungsempfehlungen in neun Hypothesen zusammengestellt. Damit kann die zu Beginn dieser Bachelor-Thesis aufgeworfene Frage beantwortet werden, wie mit Doppeldiagnoseklienten, unter Berücksichtigung der therapeutischen Beziehungsgestaltung, in der stationären Therapie umgegangen werden sollte. Basierend auf der Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Störungsbildern und den Ergebnissen aus den Interviews können die Informationen dazu dienen, SozialarbeiterInnen und SozialpädagogenInnen sowie weiteren professionellen Fachkräften der klinischen Sozialarbeit, Informationen an die Hand zu geben, wie sie die therapeutische Beziehung zu Doppeldiagnoseklienten gestalten sollten und wie sie mit deren

Problematiken umgehen müssen. Dafür werden nachfolgend die Hypothesen vorgestellt und anschließend erläutert

- *Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung ist die Voraussetzung für den Umgang mit Doppeldiagnoseklienten*

Eine gute Beziehung sollte sich, unabhängig von den Diagnosen der Klienten, durch eine verlässliche, ehrliche, authentische und wertschätzende sowie empathische Haltung der Fachkräfte auszeichnen. Die Betroffenen brauchen das Gefühl von Vertrauen, Offenheit und echtem Interesse für ihre Problematiken. Zudem sollte man immer ansprechbar sein und möglichst viel Zeit mit den Betroffenen verbringen, z.B. durch gemeinsame Aktivitäten im stationären Alltag. Doppeldiagnoseklienten sind häufig distanzgemindert, daher ist es von Vorteil, sie zu siezen, um eine professionelle Distanz aufrechterhalten zu können. Man sollte in der Lage sein, die Balance zwischen Nähe und Distanz persönlich justieren zu können. Abhängig von der Situation und dem Erkrankungsbild der Patienten, können dann auch wesentliche Dinge aus dem persönlichen Privatleben mitgeteilt werden. Eine so gestaltete Beziehung, ist das Fundament auf dem ein konsequenter und konfrontierender Umgang, neben einer beschützenden und fürsorglichen Haltung, stehen kann. Ebenfalls kann der Aufbau einer guten Beziehung nachhaltig die Beziehungskompetenzen von Doppeldiagnoseklienten fördern, da viele von ihnen nicht fähig sind, stabile und langfristige Beziehungen zu führen.

- *Ein konfrontierender und konsequenter Umgang mit den Suchtstörungen ist unverzichtbar*

Aufgrund ihrer Abhängigkeitserkrankungen zeigen Doppeldiagnoseklienten im stationären Alltag süchtige Verhaltensweisen. Sie halten sich nicht an Regeln, sind ungeduldig, bequem und belügen die MitarbeiterInnen. Außerdem idealisieren sie ihren Drogenkonsum und zeichnen sich durch häufige Suchtrückfälle aus. Damit ihnen diese Verhaltensweisen bewusst werden und sie daraus lernen können, sollten sie, obwohl eine gleichzeitige psychische Störung bei ihnen besteht, damit konfrontiert und an ihre Eigenverantwortung appelliert werden. Dies erfordert eine konsequente Anwendung von Sanktionen und eine Begrenzung ihrer Verhaltensweisen, denn insbesondere Lügen können den Beziehungsaufbau erschweren und zu Suchtrückfällen führen, die wiederum die psychischen Symptome der Betroffenen verschlimmern können.

- *Mit Suchtrückfällen und Suchtdruck sollte gearbeitet werden*

In klassischen Suchthilfeeinrichtungen gibt es einen hohen Anspruch an die Abstinenzfähigkeit der Betroffenen, diese dürfen, um ihren Behandlungsplatz nicht zu verlieren, nicht rückfällig werden. Wie bereits festgestellt wurde, kann dieses Paradigma für Doppeldiagnoseklienten nicht vorausgesetzt werden. Vielmehr muss mit ihren Drogenrückfällen gearbeitet werden, weil diese unterschiedliche Ursachen haben können und Substanzen, z.B. gegen die negativen Folgen oder die Symptome von psychischen Störungen, konsumiert werden. Dennoch müssen, wie in der grundständigen Suchthilfe, die Betroffenen mit ihren Suchtrückfällen konfrontiert und an ihre Eigenverantwortung appelliert werden. Nach einem Rückfall muss mit den Betroffenen gemeinsam eruiert werden, inwieweit sie Entlastungen und weitere Unterstützung oder Hilfe benötigen, damit sie zukünftig abstinent bleiben können. Ihnen muss ein Verständnis über die auslösenden Faktoren, die zu ihren Rückfällen oder auch Suchtdruck führten, vermittelt werden. Darauf aufbauend sollten mit ihnen gemeinsam Bewältigungsmöglichkeiten und Handlungsalternativen erarbeitet werden, damit sie in solchen Situationen zukünftig anders handeln können und Suchtrückfälle vermeiden.

- *Im Umgang muss immer die Dynamik von psychischer Störung und Suchtstörung beachtet werden*

Für Doppeldiagnoseklienten steht häufig immer nur eine Störung im Vordergrund, deshalb ist es wichtig, ihnen den Zusammenhang zu ihrer jeweils anderen Störung deutlich zu machen. Beide Störungen sollten immer gleichwertig betrachtet werden und weder abgewertet, noch bewertet werden. Die Betroffenen verklären entweder ihren Drogenkonsum oder gehen Aktivitäten nach, die ihre psychischen Symptome verschlimmern. Sie möchten jeweils Hilfe gegen die eine Störung, aber an der anderen festhalten. Ihnen muss verständlich gemacht werden, dass der Konsum von Drogen ihre psychischen Leiden verschlimmert oder eine Verstärkung ihrer psychischen Symptome zu Drogenrückfällen führen kann.

- *Auf die Behandlung mit Psychopharmaka sollte Rücksicht genommen werden*

Doppeldiagnoseklienten können Gefühle von Angst, Bedrohung und Verfolgung empfinden. Diese Symptome behindern den Aufbau einer guten Beziehung, weil diese durch Ängste und Abwehrhaltungen belastet wird. Medikamente können zur Linderung dieser Gefühle eingesetzt werden, sie schützen gleichzeitig vor erneutem Drogenkonsum zum Zweck der Selbst-

medikation. Deshalb ist es notwendig, die Nebenwirkungen von Psychopharmaka zu beachten. Die Betroffenen sind in ihrem Antrieb gemindert und zeigen körperliche sowie geistige Einschränkungen, dieser Umstand erfordert Geduld und Rücksicht, damit die Patienten nicht überfordert werden.

- *Während akuter psychischer Symptome ist eine akzeptierende und begleitende Haltung notwendig*

Doppeldiagnoseklienten sind bei akuten psychischen Symptomen unsicher, reizoffen und nehmen bestimmte Situationen als Krisen wahr. Deshalb muss man behutsam und vorsichtig mit ihnen umgehen und ein Verständnis für ihre momentanen Befindlichkeiten haben. Man sollte gemeinsam mit den Betroffenen versuchen, ihre Symptome auf die Realität hin zu überprüfen, damit sie eine Sicherheit gewinnen können. Innerhalb der therapeutischen Beziehung ist dann eine eher fürsorgliche und versorgende Rolle wichtig. Als Fachkraft sollte man selbstständig erkennen, wo die Betroffenen Hilfe und Unterstützung benötigen.

- *Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung erfordern im Umgang mehr Konfrontation und Distanz*

Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung zeigen verantwortungslose, selbstschädigende und antisoziale Verhaltensweisen. Sie haben oft ein mangelndes Einfühlungsvermögen und fehlendes Schuldbewusstsein, außerdem erniedrigen sie ihre Mitmenschen und können schwer mit Gefühlsdifferenzen umgehen. Aus diesem Grund ist ein konfrontativer Umgang, der durch mehr Distanz und eine klare Kommunikation geprägt sein sollte, wichtig.

- *Der Umgang muss individuell abgestimmt werden*

Da Doppeldiagnoseklienten charakteristisch unterschiedliche Krankheitsbilder und Symptome haben, ist es wichtig, den Umgang individuell an ihrem Befinden, ihren Störungen oder aktuellen Verhaltensweisen anzupassen. So ist bei süchtigen oder unangemessenen Verhaltensweisen ein konfrontativer und autoritärer Umgang wichtig, andererseits ist bei psychischen Symptomen eine beschützende und fürsorgliche Rolle in der therapeutischen Beziehung notwendig. Der Umgang mit Doppeldiagnoseklienten muss also individuell gestaltet werden, er sollte immer abhängig von der momentanen Situation, dem Verhalten, den Symptomen sowie Problemen der Klienten sein.

- *Grenzen müssen in der Beziehung erkannt und wahrgenommen werden*

Das Moment der Übertragung sollte in der Beziehung mit Doppeldiagnoseklienten immer beachtet werden, Rollenübertragungen müssen begrenzt, sowie eigene Übertragungsreaktionen erkannt und wahrgenommen werden, damit bei den Patienten keine negativen Gefühle ausgelöst werden, die den Beziehungsaufbau behindern können. Zudem müssen sexuelle und zu nahe private Annäherungen begrenzt werden, denn es muss deutlich sein, dass es sich um eine therapeutische Arbeitsbeziehung zwischen Therapeuten und Klienten handelt. Daneben sollten Situationen erkannt und akzeptiert werden, in denen ein Umgang mit Doppeldiagnoseklienten schwer möglich oder unmöglich ist. So können z.B. gut gemeinte Beziehungsangebote die Klienten überfordern und ihre psychischen Symptome und Ängste verschlimmern.

Schlussbetrachtung

In der vorliegenden Bachelor-Thesis sollte untersucht werden, wie in einem integrierten, stationären Behandlungssetting mit Doppeldiagnoseklienten umgegangen werden sollte und wie eine therapeutische Beziehung zu ihnen gestaltet werden muss. Dafür wurde im ersten Kapitel dargelegt, dass SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen mit den unterschiedlichsten Störungen, Symptomen und Verhaltensweisen der Klienten konfrontiert werden. Ebenfalls konnte ein Einblick in die Dynamik zwischen einer schizophrenen Störung und Substanzabhängigkeit gegeben werden. Die speziellen Probleme für die Behandlung von Doppeldiagnosen ergeben sich aus den unterschiedlichen Störungsbildern und der Interaktion zwischen psychischen Störungen und Sucht. Die Betroffenen haben dadurch ein höheres Risiko, von Suchtrückfällen betroffen zu sein und eine schlechtere Prognose ihres Krankheitsverlaufs, zudem sind sie kognitiv eingeschränkter als Personen, die an nur einer Störung erkrankt sind.

Auffallend ist das Paradoxon zwischen psychischen Störungen und dem Konsum von Substanzen. Kennzeichnend für eine Suchtstörung ist das Unvermögen, den Drogenkonsum zu beenden, obwohl dieser schwere Schäden und negative Folgen auslöst. Der Fortbestand der Substanzeinnahme kann bei Doppeldiagnoseklienten zu einer Verschlimmerung ihrer psychischen Symptome führen. Auf der anderen Seite konsumieren sie Drogen aus der Motivation heraus, die negativen Folgen und Symptome psychischer Störungen zu dämpfen, oder per se, um diese auszulösen, denn für einige Klienten sind psychische Symptome auch positiv besetzt. Aus den Interviews ist deutlich geworden, dass die Patienten im stationären All-

tag oft Aktivitäten nachgehen, die ihre psychischen Symptome verschlimmern, oder an süchtigen Verhaltensweisen, wie Laissez-fair, Bequemlichkeit, Lügen und Ungeduld festhalten. Die Betroffenen möchten jeweils Hilfe gegen die eine Störung, aber auf der Zweiten beharren. Diese Situation erfordert einen konfrontativen und konsequenten Umgang. Sie müssen mit ihren Verhaltensweisen konfrontiert werden und ihnen muss der Zusammenhang zwischen den Störungen verdeutlicht werden, damit sie daraus lernen können, dass die eine Störung im Wechselverhältnis zu der jeweils anderen steht.

Ein weiterer Punkt, der innerhalb einer integrierten Therapie im Umgang mit den Betroffenen beachtet werden muss, ist die Psychopharmakotherapie ihrer psychischen Symptome. Aufgrund der medikamentösen Nebenwirkungen sind die Klienten verlangsamt, antriebsgemindert und in ihrem Denken gehemmt, deshalb sollte man geduldig im Kontakt mit ihnen sein und sie nicht überfordern.

Beschrieben wurde in dieser Arbeit auch, weshalb eine Abstinenzvoraussetzung, die in vielen Suchteinrichtungen gefordert wird, eine Hürde für die Patienten darstellt. Unter Abstinenz können psychische Symptome übermächtiger erlebt werden und geradezu Suchtrüpfälle provozieren. Das Ignorieren der Sucht in der psychiatrischen Krankenversorgung kann psychische Symptome und negative Folgeschäden verschlimmern. Deshalb wird das strikte Abstinenzparadigma nicht vorausgesetzt. In der Therapie von komorbiden Patienten muss, im Sinne einer Abstinenzorientierung, mit ihren Suchtrüpfällen und Suchtdruck gearbeitet werden. Unvermeidlich sind dafür die Konfrontation der Betroffenen mit ihrem Rückfall und eine entsprechende Sanktionierung. Gemeinsam mit den Betroffenen wurde anschließend nach den Ursachen gesucht, die zu dem erneuten Konsum führten und Bewältigungsstrategien sowie weitere Hilfemaßnahmen erarbeitet. Daneben ist es wichtig, ihre Abstinenzmotivation zu stärken, damit eine zukünftige Abstinenz angestrebt werden kann.

Neben dem konfrontierenden Umgang kann es aber auch notwendig sein, eine beschützende und fürsorgliche Haltung in der Beziehung zu den Klienten einzunehmen. Bei akuten psychischen Symptomen und Ängsten ist ein behutsamer und vorsichtiger Umgang angezeigt, man sollte Verständnis für die momentanen Schwierigkeiten und Probleme der Betroffenen zeigen. Überdies muss man selbst erkennen können, wo die Erkrankten in solchen Situationen, Hilfe und Unterstützung benötigen.

Die vorliegende Ausarbeitung zeigt, dass der Umgang mit Doppeldiagnoseklienten in einer stationären integrierten Therapie, individuell und abhängig von den Störungsbildern, momentanen Symptomen und Verhaltensweisen der Betroffenen, gestaltet werden muss. Es

geht nicht darum, eine Haltung zwischen einem konfrontierend-forderndem und fürsorglich-beschützendem Umgang einzunehmen. Die Umgangsweisen aus der grundständigen Suchthilfe und der psychiatrischen Krankenversorgung haben ihre jeweilige Berechtigung in der Behandlung und Therapie von komorbiden Klienten. Zu Bedenken ist, dass eine strikte Abstinenzorientierung nicht vorausgesetzt werden kann und dennoch angestrebt werden sollte. Auch muss Rücksicht auf eine medikamentöse Behandlung der Betroffenen genommen werden.

Die zentrale Voraussetzung, damit Doppeldiagnoseklienten mit diesen verschiedenen Haltungen umgehen können, ist der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Die Ausarbeitung in Kapitel 3.2, über die therapeutische Beziehungsgestaltung in der Klinischen Sozialarbeit, legt offen, dass eine Beziehung zwischen SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogenInnen und den Klienten die Grundlage ist, um Problemlagen und Störungen bearbeiten zu können. Gemäß den Erkenntnissen aus den Interviews muss eine Beziehung zu Doppeldiagnoseklienten durch Empathie, Authentizität und Akzeptanz geprägt sein. Dies erfordert von Fachkräften der Klinischen Sozialarbeit persönliche Beziehungskompetenzen und eine selbstreflexive Haltung. Es muss klar sein, welche Rolle man als Fachkraft und welche Rolle die Klienten in der Beziehung einnehmen. Zudem muss reflektiert werden, inwieweit das eigene Verhalten zu dem Verhalten der Klienten beitragen kann. Daneben brauchen Doppeldiagnoseklienten das Gefühl von Offenheit, Vertrauen und echtem Interesse für ihre Problematiken, d.h., man sollte möglichst viel Zeit mit ihnen verbringen und ansprechbar für ihre momentanen Probleme sein. Damit SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogenInnen diese Arbeit leisten können, sollte eine spezielle Einrichtung für Doppeldiagnoseklienten den MitarbeiterInnen regelmäßige Supervisionen und therapeutische Fortbildungen anbieten. Zusätzlich wird der Aufbau einer tragfähigen Beziehung durch geringe Betreuungszahlen und einer längeren Behandlungsdauer der Erkrankten gefördert, die es den Fachkräften ermöglicht, mehr über die Patienten zu erfahren und eine längerfristige Beziehung zu ihnen aufzubauen. Wenn dieser Aufbau gelingt, dann kann die reale Erfahrung einer stabilen Beziehung nachhaltig die Beziehungskompetenzen von Doppeldiagnoseklienten, mit gestörtem Bindungsverhalten, fördern.

Die vorliegende Bachelor-Thesis offenbart aber auch die Grenzen im Umgang mit Doppeldiagnoseklienten. Bevor eine Beziehung zu ihnen aufgebaut werden kann, müssen die Klienten schon vorab Vertrauen in die Hausregeln und Vorschriften einer Einrichtung sowie den Ansagen der MitarbeiterInnen haben. Ferner stellen Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung, aufgrund ihres antisozialen und selbstverletzenden Verhaltens, eine besondere Her-

ausforderung dar. In der Arbeitsbeziehung mit ihnen muss man damit rechnen, von ihnen angeschrien und erniedrigt bzw. abgewertet zu werden. Deshalb sollte die Arbeitsbeziehung durch mehr Distanz und eine klare Kommunikation geprägt sein. Speziell bei aktivem selbstverletzendem Verhalten ist es nicht möglich, eine Beziehung zu den Betroffenen aufzubauen. Für Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung kann es dann sogar kontraindiziert sein, ihnen Beziehungsangebote zu machen, da sie zu viel Nähe nicht aushalten können und sich aus ihrer Not heraus verletzen. Fraglich ist hier, inwieweit die Hilfesysteme diesem Problem begegnen können, damit auch Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung und Suchtmittelabhängigkeit eine angemessene Behandlung oder Therapie ihrer Doppeldiagnose erhalten.

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DSM-IV	vierte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen)
ebd.	»ebenda« verweist auf die zuvor angegebene Quellenangabe
et al.	»et alii« und andere
f.	und folgende Seite
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10	10. Revision der International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation psychischer Störungen)
o.J.	ohne Jahresangabe
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

Literaturverzeichnis

- Bachmann, Meinolf/ El-Akhras, Andrada (2009):** Lust auf Abstinenz. Ein Therapiemanual bei Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Brodbeck, Jeannette (2007):** Diagnostik von Komorbidität, psychischer Störung und Sucht. In: Moggi, Franz (Hrsg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 161-177
- D'Amelio, Roberto/ Behrendt, Bernd/ Wobrock, Thomas (2007):** Psychoedukation Schizophrenie und Sucht. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. München: Urban und Fischer Verlag
- Daig, Isolde/ Bermpohl, Felix/ Kienast, Thorsten (2011):** Psychotherapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankung. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Journal of Addiction Research and Practice 57, 363-371
- Dilling, H./ Mombour, W./ Schmidt, M. H. (2010):** Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD- 10 Kapitel V (F). Klinisch- diagnostische Leitlinien. 7., überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber
- Dornes, Martin (2007):** Die emotionale Welt des Kindes. 5., Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Drake, Robert E./ Mueser, Kim T. (2007):** Management von Patienten mit schweren psychischen Störungen und Substanzstörungen. In: Moggi, Franz (Hrsg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 197-220
- Eppel, Heidi (2007):** Stress als Risiko und Chance. Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen. Stuttgart: Kohlhammer

- Gerrig, Richard J./ Zimbardo, Philip G. (2008)** Psychologie, 18., aktualisierte Auflage.
München: Pearson Studium
- Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (2007):** Komorbidität Psychose und Sucht. Grundlagen und Praxis. Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie.
2., erweiterte Auflage. Darmstadt: Steinkopff Verlag
- Heckmann, Wolfgang (2008):** Sucht. In: Kreft, Dieter/ Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 946-949
- Heiner, Maja (2010):** Handlungskompetenzen in der Sozialen Arbeit. Kompetent handeln in der Sozialen Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Helfferrich, Cornelia (2011):** Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4., Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Hilger, Jörg (2009):** Seiltanz zwischen den Hilfesystemen- Integrative Behandlungsansätze bei Doppeldiagnosen. In: Sprick, Ulrich/ Trenckmann, Ulrich (Hrsg.): Leidenschaft, die Leiden schafft. Sucht und ihre Komorbidität. Bönen: Verlag Kettler, 6-26
- Hillmann, Karl- Heinz (2007):** Wörterbuch der Soziologie. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag
- Lamnek, Siegfried (2010):** Qualitative Sozialforschung. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Loeber, Sabine/ Dinter, Christina/ Mann, Karl (2011):** Psychotherapie von Patienten mit Depression und Abhängigkeitserkrankung. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Journal of Addiction Research and Practice 57, 373-381
- Mayring, Philipp (2010):** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.
11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

- Miller**, William R./ Rollnick, Stephen (2004): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag
- Moggi**, Franz (2007): Problemstellung Doppeldiagnose- eine artifizielle oder reale Komorbidität. In: Moggi, Franz (Hrsg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 15-26
- Moggi**, Franz (2007a): Integrative Psychotherapie bei komorbiden Angst- und Substanzstörungen sowie Depression und Substanzstörungen. In: Moggi, Franz (Hrsg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 179-196
- Moggi**, Franz/ Donati, Ruth (2004): Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. In: Schulte, Dietmar/ Grawe, Klaus/ Hahlweg, Kurt/ Vaitl, Dieter (Hrsg.): Fortschritte der Psychotherapie. Manuale für die Praxis. Band 21. Göttingen: Hogrefe Verlag, 1-91
- Möller**, Hans- Jürgen/ Laux, Gerd/ Deister, Arno (2001): Psychiatrie und Psychotherapie. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. In: Bob, Alexander/ Bob, Konstantin (Hrsg.): MLP. Duale Reihe. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1-605
- Mueser**, Kim T./ Brunette, Mary F./ Drake, Robert E.. (2007): Komorbidität von Schizophrenie sowie Bipolaren Störungen und Substanzstörungen. In: Moggi, Franz (Hrsg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 109-141
- Pauls**, Helmut (2011): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Peters**, Uwe Hendrik (2007): Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie. 6., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München: Urban und Fischer Verlag

- Petersen**, Peter (1980): Übertragen und Begegnen im therapeutischen Dialog. Ansätze zu einer Anthropologie der therapeutischen Beziehung. In: Petzold, Hilarion (Hrsg.): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Junfermann Verlag, 13-36
- Pschyrembel**, Willibald et al. (2002): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 259., Auflage. Berlin: de Gruyter
- Sadowski**, Harald/ Nierstrat, Frieder (2010): Einführung. In: Sadowski, Harald/ Nierstrat, Frieder (Hrsg.): Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie Verlag, 14-21
- Saß**, Henning/ Wittchen, Hans- Ulrich/ Zaudig, Michael (1998): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM IV. 2., verbesserte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Schmidt-Grunert**, Marianne (2004): Sozialarbeitsforschung konkret. Problemzentrierte Interviews als qualitative Erhebungsmethode. 2., Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag
- Schnell**, Thomas/ Gouzouliz-Mayfrank, Euphrosyne (2011): Psychotherapie bei Patienten mit Psychose und Sucht - Behandlungsoptionen und ihre Grenzen. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Journal of Addiction Research and Practice 57, 383-392
- Tretter**, Felix (2008): Grundlagen: In: Tretter, Felix (Hrsg.): Suchtmedizin Kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer
- Verheul**, Roel (2007): Behandlung der Komorbidität von Persönlichkeits- und Substanzstörungen. In: Moggi, Franz (Hrsg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 221-246
- Vogt**, Irmgard (2004): Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Waller, Heiko (2005): Gesundheitshilfe. In: Kreft, Dieter/ Mielenz, Ingrid (Hrsg.):
Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der
Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Weinheim und München: Juventa Verlag, 378-381

Internetquellen

Berufsverband Deutscher Soziologinnen und Soziologen e.V. (o.J.): Ethik Kodex der
Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher
Soziologen (BDS). URL: <http://www.bds-soz.de/Ethik.pdf> [Stand 13. Dezember
2011]

Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaften (DGfE) (o.J.): Ethik- Kodex der
Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften. URL: [http://www.dgfe.de/
fileadmin/OrdnerRedakteure/Service/Satzung/Ethikkodex_2010.pdf](http://www.dgfe.de/fileadmin/OrdnerRedakteure/Service/Satzung/Ethikkodex_2010.pdf) [Stand: 13.
Dezember 2011]

Schriftliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort Datum

Unterschrift

Anhang

Einverständniserklärung	2
Kurzfragebogen	3
Interviewleitfaden	4
Transkription von Interview A	7
Transkription von Interview B	16
Transkription von Interview C	24
Transkription von Interview D	31
Transkription von Interview E	53
Postskriptum A	69
Postskriptum B	71
Postskriptum C	73
Postskriptum D	75
Postskriptum E	77
Erster Durchgang der Zusammenfassung von Transkription A	79
Erster Durchgang der Zusammenfassung von Transkription B	90
Erster Durchgang der Zusammenfassung von Transkription C	100
Erster Durchgang der Zusammenfassung von Transkription D	107
Erster Durchgang der Zusammenfassung von Transkription E	119
Zweiter Durchgang der Auswertung von Transkription A + B	134
Zweiter Durchgang der Auswertung von Transkription C + D + E	141
Dritter Durchgang der Auswertung von Transkription A + B + C + D + E	151

Einverständniserklärung

Ich, _____, erkläre mich hiermit einverstanden, dass die Daten, die aus dem mit mir geführten Interview gewonnen wurden, von Hr. André Neumann, für die Erstellung seiner Bachelor-Thesis, zum Thema „ Der Umgang mit Doppeldiagnoseklienten in der Klinischen Sozialarbeit unter Berücksichtigung der therapeutischen Beziehungsgestaltung“ weiterverarbeitet werden dürfen. Zudem bin ich mit der Aufzeichnung des Interviews auf Tonband einverstanden.

Selbstverständlich werden die Daten anonym behandelt und sämtliche Informationen, die Rückschlüsse auf die Person und ihren Arbeitsplatz geben würden, abgeändert.

Ort/ Datum

Unterschrift

Fragebogen: _____

Danke für Ihre Teilnahme!

Fragen zu Ihnen persönlich

1. Welches Geschlecht haben Sie? weiblich männlich
2. Wie alt sind Sie? _____
3. Was für einen Hochschulabschluss haben Sie? _____

Fragen zu Ihrer Berufserfahrung

4. Wo hatten Sie vor ihrer Arbeit mit Doppeldiagnosekunden gearbeitet?
- _____ von _____ bis _____
 - _____ von _____ bis _____
 - _____ von _____ bis _____
 - _____ von _____ bis _____
5. Seit wann arbeiten Sie mit Doppeldiagnosekunden? _____
6. Hatten Sie schon vorher Erfahrungen im Umgang mit Doppeldiagnosekunden?
 ja nein
7. Hatten Sie sich auf die Arbeit mit Doppeldiagnosekunden vorbereitet gefühlt?
 ja nein

Interviewleitfaden

	Offene Erzählaufforderung	Wurde das erwähnt?	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung
I	Durch Ihre langjährige Arbeit haben Sie viele Erfahrungen im Umgang mit Doppeldiagnoseklienten sammeln können. Beschreiben Sie mir doch bitte wie Sie ihre Beziehung zu Doppeldiagnoseklienten gestalten?	Verständnis Beziehungsarbeit (<i>professionell / eigene Auffassung</i>) Nähe und Distanz Abgrenzung	Was sind Ihrer Meinung nach wichtige Voraussetzungen für eine gute Beziehungsarbeit zu Doppeldiagnose-Klienten? (<i>fachlich / sozial / institutionell</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>nonverbale Aufrechterhaltung</i> Was ist mit.....? Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Haben Sie dafür ein Beispiel? Warum ist das für Sie wichtig?

	Offene Erzählaufforderung	Wurde das erwähnt?	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung
II	Erzählen Sie mir bitte etwas über die Erfahrungen, die Sie in der Beziehungsarbeit mit den Suchterkrankungen von Doppeldiagnoseklienten gemacht haben?	Umgang mit Suchtmittelrückfällen Suchtdruck → Umgang Autorität/ Konfrontation Wie wird Sucht verstanden (<i>Krankheit / Verhaltensauffälligkeit</i>)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>nonverbale Aufrechterhaltung</i> Haben Sie dafür ein Beispiel? Wie war das? Wann hatten Sie das erlebt? Wie hatten Sie sich da verhalten? Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?

	Offene Erzählaufforderung	Wurde das erwähnt?	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung
III	Neben der Suchtproblematik haben Sie es auch mit den psychischen Erkrankungen Ihrer Klienten zu tun. Wie kann ich mir den Einfluss der psychischen Erkrankungen auf Ihre Beziehung zu den Klienten vorstellen?	Spaltungstendenzen Abwehrhaltungen (Umgang) wahnhaftes/ psychotischen Erleben (Umgang) Medikamente		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>nonverbale Aufrechterhaltung</i> Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Haben Sie dafür ein Beispiel? Wie haben Sie sich da verhalten? Wie sind Sie damit umgegangen? Wann hatten Sie das erlebt?

	Offene Erzählaufforderung	Wurde das erwähnt?	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung
IV	Ihre Arbeit ist sehr vielseitig und interessant. Welche Situationen haben Sie in der Arbeitsbeziehung zu den Klienten besonders geprägt?	<p>Problemsituationen (<i>Umgang</i>)</p> <p>Anforderungen / Herausforderungen</p> <p>Belastende Erlebnisse</p> <p>Schöne Erfahrungen</p>	Warum arbeiten Sie mit Doppeldiagnose-Klienten zusammen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>nonverbale Aufrechterhaltung</i> <p>Können Sie dazu noch mehr erzählen?</p> <p>Wie hatten Sie sich da verhalten?</p> <p>Haben Sie dafür ein Beispiel?</p> <p>Wie sehen Sie das heute?</p>
			Ich bin mit meinen Fragen am Ende angelangt, haben Sie noch etwas was ich vergessen habe und Sie gerne noch mit ansprechen möchten?	

Transkription von Interview A

- 1 **F:** Ok. Fangen wir mit der ersten großen Frage an. Du arbeitest ja schon
2 etwas länger hier im [EINRICHTUNG]. Genau, und meine Frage wäre
3 jetzt oder meine Aufforderung wäre jetzt, beschreibe mir doch bitte wie
4 Du deine Beziehung zu Doppeldiagnoseklienten hier gestaltetest?
5
- 6 **A:** Ja. Das, wie ich finde, das Allerwichtigste in der Beziehung mit den
7 Klienten hier ist, authentisch zu sein. Es hilft nicks irgendwie anders zu
8 sein als man ist und ich finde das Wichtigste ist, wirklich authentisch
9 zu sein und das bedeutet aber auch, sich mit den, also zu freuen und
10 zu loben und gleichzeitig auch zu sagen: „Ich bin jetzt total sauer auf
11 Sie“, oder „Ich bin jetzt, warum ham, also ich bin jetzt genervt weil,
12 weil ich Ihnen zum fünften Mal sage, dass Sie den Topf sauber
13 machen müssen“, und einfach tatsächlich, ich bin, glaub ich, immer
14 authentisch und versuche das rüber zu bringen und gleichzeitig,
15 natürlich gibt es so, find ich so, Basics, die man aber eigentlich in
16 jeder Beziehungsarbeit machen sollte. Also, dass man einfach
17 verlässlich ist, das man das tut was man sagt, das man sich an
18 Absprachen hält, weil also, das erwarte ich auch von denen und das
19 ich das genauso tue. Also wenn ich sage: "Ich mache hier einen
20 Termin beim Arzt", dass ich auch ein Termin beim Arzt mache und
21 wenn ich sach: "Wir haben dienstags um fünfzehnuhnddreißig Einzel",
22 das' es Einzel auch dienstags um fünfzehnuhnddreißig ist und
23 ansonsten, glaub ich, is// es einfach, im Endeffekt, bisschen wie
24 Kindererziehung und so, ne. Also man, also wichtig ist einfach auch
25 konsequent zu sein und wenn man das konsequent macht und die
26 Klienten nachvollziehen können, warum man was wie macht, dann is//
27 es auch nicht schlimm, wenn man die bestrafen muss, weil dann
28 wissen sie schon, dass es richtig ist, das man jetzt irgendwie 'ne
29 Sanktion ausgesprochen hat. Ja und das man sich halt interessiert
30 zeigt und das finde ich irgendwie selbstverständlich.

31

32 **F:** Wie würdest Du beschreiben, inwieweit Du Nähe zulässt zu den
33 Klienten?

34

35 **A:** Ja, das ist schwierig, ne. Also ich würde von mir behaupten, dass ich
36 relativ viel Nähe zulasse, allerdings nehme ich das nicht mit nach
37 Hause. Tatsächlich is// es so, dass, wenn ich mine zwanzig Minuten
38 mit dem Fahrrad nach Hause gefahren bin, ich nicht mehr wirklich an
39 die Arbeit denke, aber bei der Arbeit, würde ich sagen, lass ich viel
40 Nähe zu, weil ich nah am Geschehen dran bin und, aber auch
41 tatsächlich, denen von mir erzähle. Ich bin nicht für die ein komplett
42 unbeschriebenes Blatt. Natürlich erzähle ich denen nicht alles aus
43 meinem Leben und sach ich: "Ohh, heute fühle ich mich schlecht, weil
44 ich hab mich mit meinem Freund gestritten", aber, weiß ich nicht,
45 wenn es drum geht, dann sag ich auch mal: "Ja ich habe Zuhause
46 auch zwei Kaninchen", [LACHEN] oder so. Oder wenn die mich
47 fragen, wohin ich in den Urlaub fahre, dann mache ich auch nicht
48 dumm und dann sach ich auch: „Ich fahr da und da hin“, und wenn die
49 mich fragen, ob ich Kinder hab, sag ich auch: "Nö, ich hab keine".
50 Also, so Basics schon. Mein Gefühlsleben teile ich natürlich nicht mit
51 denen, aber ich würde behaupten, dass ich für die kein
52 unbeschriebenes Blatt bin, so.

53

54 **F:** Ok. Du hattest ja zum Anfang gesagt, also Authentizität ist 'ne
55 Voraussetzung. Wäre jetzt meine nächste Frage. Also, was sind für
56 Dich wesentliche Voraussetzungen für 'ne gute Beziehungsarbeit zu
57 Doppeldiagnoseklienten? Würde Dir da
58 [INTERVIEWPARTNER/IN BEGANN SOFORT MIT ANTWORT]

59

60 **A:** Ja, das man authentisch ist, dass man konsequent ist, also, ja, wie
61 ich's vorhin schon gesagt hab//.

62

63 **F:** Würdest Du auch sagen, institutionell 'ne Voraussetzung, die wichtig
64 ist? Und.

65

66 **A:** Ja, das ist schwierig finde ich, das ist genau das Problem, dass es,
67 dass das so unterschiedlich ist und das man diese Psychosen und die
68 Sucht so unterschiedlich behandeln muss und dann wird's schwierig,
69 so. Wobei ich schon glaube, dass es iti, also hier ein großer Pluspunkt
70 ist, das wie so 'n wahnsinnig guten Betreuungsschlüssel haben. Dass
71 wir genau drei Klienten haben. Dadurch, dass hier nicht mehr als
72 fünfundzwanzig Klienten sind, kenne ich auch alle. Wenn ich hier
73 achtzig Leute wären, dann könnte ich ja nie im Leben so viel über
74 jeden Bescheid wissen, wie ich das tue und dadurch, dass ich hier am
75 Wochenende alleine bin un// im Spätdienst alleine bin, würd ich
76 behaupten, ich weiß von jedem ganz schön viel und ich bin relativ nah
77 dran und ich weiß auch, ungefähr, wer sich wie fühlt und warum sich
78 wer wie fühlt. Und das, glaub ich, kann man nur gewährleisten, wenn
79 man so 'ne kleine An//, ne kleine Schar um sich rum hat. Also wenn es
80 mehr wird, dann wird's eim einfach irgendwann auch nicht mehr
81 leistbar und ich glaub, dann könnte man auch nicht am Wochenende
82 alleine hier sein, wenn man achtzig Leute hier hätte, so, und ich glaub,
83 die Anzahl der Klienten spielt schon auch 'ne wichtige Rolle.

84

85 **F:** Ok. Erzähle mir doch bitte etwas über Deine Erfahrungen, die Du in
86 der Beziehungsarbeit mit den Suchterkrankungen von den
87 Doppeldiagnoseklienten gemacht hast.

88

89 **A:** Tatsächlich war ich am Anfang naiver, als ich heute bin. Ich glaube,
90 das ist bei jedem so. Man wird irgendwann, merkt man einfach, dass
91 egal wie gut die Beziehung ist, es kann einem einfach passieren, dass
92 man verarscht wird und am Anfang war ich total enttäuscht und
93 dachte: "Ey, ich habe da so viel Arbeit reingesteckt und jetzt bin ich
94 trotzdem total verarscht, weil der lügt mich immer noch an", aber das
95 ist einfach die Erkrankung. Das hat sich geändert, da war ich am
96 Anfang naiver und inzwischen muss ich schon aufpassen, dass ich
97 nicht zu negativ bin und schon jedem Lügen unterstelle, ohne das zu
98 prüfen, weil ich denke, das ist sowieso schon, das glaub ich nie im

99 Leben, dat, das stimmt nicht. Ich glaube das man das, dass das
100 entscheidende Kriterium mit der Sucht ist, das man einfach diesen
101 Spagat schaffen muss, von einfach damit zu rechnen und nicht
102 enttäuscht zu sein, dass man immer wieder verarscht wird und
103 belogen wird und nich// aber gleich nur jedem negatives zu
104 unterstellen, böse Absichten zu unterstellen. Das finde ich am
105 schwierigsten, tatsächlich, und sonst aber find ich die Arbeit mit der
106 Sucht theoretisch einfacher als die Arbeit mit der Psychose, weil die
107 Arbeit mit der Sucht nach sehr sehr klaren Linien läuft. Das ist einfach
108 so, entweder du konsumierst oder du konsumierst nicht, wenn du
109 konsumierst, dann kriegste Sanktionen und das kann man relativ, dat,
110 das find ich viel leichter, weil das viel klarer strukturierter und ist, als
111 mit der Psychose umzugehen.

112

113 **F:** Ok. Suchtmittelrückfälle gehören ja

114

115 **A:** Dazu

116

117 **F:** In weiten Teilen zu, genau, Arbeitsalltag. Wie gehst Du damit um, mit
118 Deinen Klienten?

119

120 **A:** Tatsächlich hatte ich bisher nur einen Klienten, der während der
121 Therapie, [INTERVIEWPARTNER/IN ÜBERLEGTE LÄNGER]
122 doch, mein Allererster. Das war damals schwierig, weil ich noch so
123 neu hier war. Ansonsten geht man hier, glaub ich, einfach damit um,
124 dass man versucht herauszufinden warum das jetzt wieder nötig war
125 und halt zu gucken wie's in Zukunft anders geht oder einfach zu
126 sagen: "Ok, Rückfälle passieren, man muss einfach nur es irgendwie
127 schaffen, das 'n Rückfall nicht wieder zu 'nem Komplettabsturz und
128 Rückfall ins alte Leben bedeutet". Das is halt einmalig ist und dann es
129 aber irgendwie weitergeht.

130

131 **F:** Wie verstehst Du eine Suchterkrank//, also, als was verstehst du
132 Sucht?

133

134 **A:** Ich hader oft mit mir, wie ich so, versteh ich, bin, ich weiß Sucht ist 'ne
135 Krankheit, 'ne Stör//, ne psychische Störung. Aber oft hader ich mit mir
136 innerlich und denk: "So jetzt rei Dich einfach mal zusammen, so
137 schwer kann's jetzt mal nicht sein" [LACHEN] und jetzt, ja, ich find's
138 schwierig. Ich weiß das da, also Sucht ist 'ne psychische Störung und
139 das ist vor allem 'ne Störung auch der frühen Kindheit. Also die
140 Anlagen dafür werden sehr früh gelegt und oft könn// die auch nicht so
141 doll was dafür, weil sie einfach gewisse Ich-Strukturen nicht gelernt
142 haben, wie Affektregulation und Frustrationstoleranz aufbauen. Aber
143 manchmal denk ich dann: "Ey, ihr seid jetzt erwachsen, jetzt
144 übernimmt einfach mal Verantwortung", und dann passiert 's mir, dass
145 ich manchmal aus dieser, [UNV. ETWA: angenommen] es ist 'ne
146 Störung, rausrutsche und denk: "Diese faulen Ärsche [LACHT],sie
147 sollen jetzt einfach mal sich auf ihren Arsch setzten und sich
148 zusammenreißen".

149

150 **F:** Ja, Ok. Neben der Suchtproblematik hast Du es ja auch mit den
151 psychischen Erkrankungen Deiner Klienten zu tun. Wie kann ich mir
152 den Einfluss der psychischen Erkrankung auf Deine Beziehung zu den
153 Klienten vorstellen?

154

155 **A:** Also, es kommt auf die Störung drauf an, ne. Wenn man jetzt natürlich
156 jemanden noch hat, der 'ne Borderline-Persönlichkeitsstörung hat,
157 dann ist das mit der Beziehung natürlich extrem schwierig, ne. Dann
158 muss man einfach damit leben, dass man entwertet wird, dass man
159 angeschrien wird, obwohl man nichts gemacht hat, so. Ansonsten is//
160 es einfach so, dass die Klienten einfach oft nie wirklich gelernt haben,
161 eine langfristige Beziehung zu führ'n, beziehungsweise eine stabile
162 Beziehung zu führ'n und ich seh// das eigentlich als meine Aufgabe
163 an, denen hier zu vermitteln, wie das ist, eine normale Beziehung zu
164 führen. Dass zum Beispiel auch niemand, ich auch, sauer auf sie bin,
165 es nicht bedeutet, dass unsere Beziehung damit kaputt ist, dass die
166 Beziehung trotzdem weitergeht, auch wenn man sich mal streitet oder

167 der eine sauer ist und das 'ne Beziehung auch aushalten muss, dass
168 man den Andern kritisiert und, aber das ist natürlich sehr schwierig für
169 viele unserer Klienten. Und sehr schwierig für Menschen mit 'ner
170 Psychose ist ja auch das Mentalisieren, sprich, sich in die Gefühlswelt
171 des Gegenübers überhaupt einzuleben und das beeinflusst natürlich
172 'ne Beziehung auch. Manchmal hab ich schon das Gefühl, dass für
173 die, ist der Therapeut ein mechanisches Wesen, dass dem keinerlei
174 menschliche Irgendwas zugeschrieben werden. Das es von mir
175 erwartet wird, dass ich einfach funktioniere für die, gar nicht vorstellbar
176 ist, dass es auch eim Therapeuten mal gut oder schlecht gehen kann
177 und das auch ein Therapeut mal was vergessen kann oder was nicht
178 machen kann und das natürlich dann immer schwierig und dass
179 natürlich dann meine Aufgabe zu spiegeln und zu versuchen diese
180 Mentalisierungsfähigkeit irgendwie voranzutreiben, finde ich.

181

182 **F:** Die Klienten, die nehmen ja auch teilweise Medikamente aufgrund
183 ihrer Psychose. Wie beeinflusst das die Beziehung? Ist Beziehung
184 ohne Medikamente denkbar oder sind Medikamente 'ne
185 Voraussetzung, dass es funktionieren kann?

186

187 **A:** Auch das, finde ich, kommt auf die Symptome an, die jemand in der
188 Psychose hat. Ich kann das gar nicht so direkt auf die Beziehung, ich
189 find das eher, dass man das auf die therapeutische Arbeit beziehen
190 muss. Ich finde therapeutische Arbeit ohne Medikamente ist schwierig.
191 Wobei es auch da wieder drauf ankommt, wenn jemand 'n einmaligen
192 Psychoseschub hat, den er vor fünf Jahren hatte und seit dem die
193 Psychose abgeklungen ist, warum soll man dem jetzt noch irgendwie,
194 also, wenn der auch ohne Medikamente, dat so und dann hat das
195 nichts mit meiner therapeutischen Arbeit zu tun. Aber wenn jemand
196 halt noch psychotische Symptome hat, ist es natürlich deutliche
197 einfacher mit dem zu arbeiten, wenn er Medikamente gibt aber ob das
198 direkt. Also, natürlich wirkt sich das auf die Beziehung aus. Wenn jetzt
199 ein Klient keine Medikamente nimmt und dann auf einmal ein
200 Größenwahn kriegt, dann kann der gar keine Beziehung mehr zu mir

201 eingehen. Oder weil er innerlich so innstabil ist, das er gar nicht mehr
202 die psychische Kraft aufwenden kann, in irgendeiner Weise in
203 Beziehung zu 'nem Andern zu gehen, weil er im Endeffekt ja, wenn
204 man's ganz klassisch sieht, nicht mal mehr in Beziehung zu sich
205 selber ist. Wie soll der dann noch in Beziehung zu mir stehen, so.
206

207 **F:** Gut. Deine Arbeit ist ja vielseitig und interessant. Welche Situationen
208 haben Dich, in der Arbeitsbeziehung zu den Klienten, aus heutiger
209 Sicht, am meisten geprägt?

210

211 **A:** Geprägt? [INTERVIEWPARTNER/IN IST NACHDENKLICH]

212

213 **F:** Oder worüber Du noch nachdenkst, oder.

214

215 **A:** Ja.

216

217 **F:** Oder woran Du dich am besten erinnern kannst.

218

219 **A:** Also, ich weiß eine Sache war für mich sehr lehrreich, da hat mich
220 nämlich 'n Klient, der Persönlichkeitsstörung hatte, richtig doll, vor
221 allen Leuten, zur Sau gemacht. Das fand ich damals ganz schlimm
222 und da hab ich mir auch 'n. Da hab ich so 'n bisschen meine Lehren
223 draus gezogen, wie ich damit umgeh, wenn man von denen einfach
224 erniedrigt oder herabgesetzt wird und dann, im Nachhinein, würde ich
225 sagen, dass ich am Anfang zu wenig konfrontativ war. Das hat mich
226 schon, wenn ich so auf meine ersten Klienten zurückblicke. Einer
227 davon war ja inzwischen wieder hier. Die hätte ich mehr konfrontieren
228 müssen. Am Anfang habe ich zu wenig konfrontiert, aber das war
229 einfach aus so 'ner Unsich//. Also, da wusste ich's einfach noch nicht
230 und deshalb, würd sagen, ich konfrontiere heute deutlich mehr, als ich
231 früher konfrontiert hab und ja, tatsächlich finde ich meine Beziehung
232 schon immer gut zu denen [LACHT],
233 die ich hab. Die ham ja auch noch nie abgebrochen, deswegen, glaub
234 ich, mach ich's einfach irgendwie intuitiv richtig. Ich glaube das

235 Wichtigste einfach, dass man Spaß daran hat. Dass man Spaß daran
236 hat und nicht genervt ist. Das ist das A und O.

237

238 **F:** Kannst Du dich denn auch noch an schöne Momente erinnern oder
239 Klienten, wo Du auch dich selber drüber gefreut hast?

240

241 **A:** Klar. Also meine eine Klientin, die sehe ich ja manchmal jetzt immer
242 noch und die, die hat 'ne super Entwicklung gemacht, da freue ich
243 mich total. Auch wenn die noch vorbeikommt, freue ich mich die zu
244 sehen. Ich freu mich tatsächlich oft immer, weil ich meistens von
245 meinen Klienten, das find ich eigentlich ganz cool. Zum Abschied
246 schenken die mir oft was und sei es nur irgendwie 'ne Kleinigkeit, aber
247 das alleine find ich so nett. Das, weil, dass von den man nicht
248 unbedingt erwarten kann, das sie, aufgrund auch ihrer
249 Mentalisierungschwäche, überhaupt so weit denken können. Dass
250 man sich bei jemanden bedankt, was er getan hat und da freue ich
251 mich tatsächlich immer sehr, wenn das, wenn das passiert. Oder ich
252 habe von einem Klienten letztes Jahr zu Weihnachten 'ne Karte
253 geschickt bekommen, das fand ich auch total, über so was freue ich
254 mich dann immer sehr.

255

256 **F:** Schön. Jetzt komm wir auch schon fast zum Ende. Warum arbeitest
257 Du mit Doppeldiagnoseklienten zusammen?

258

259 **A:** Tatsächlich bin ich hier so einfach so reingerutscht. Ich hatte mir nicht
260 überlegt: „Ich will mit Doppeldiagnoseklienten arbeiten“, sondern es
261 war Zufall, dass ich hier gelandet bin und jetzt macht's mir einfach
262 Spaß und deswegen würde ich's nicht aufhören und tatsächlich, finde
263 ich, is// es immer 'ne Herausforderung. Ich finde, dass man richtig
264 doller Herausforderung, diese beiden Diagnosen und dann auch noch
265 zusammen und ich finde es auch immer sehr spannend, mich mit der
266 Theorie dahinter zu beschäftigen. Wie es wohl so weit kommen
267 konnte, dass jemand so arbeitet und ich steh auch oft, tatsächlich, so
268 'n bisschen ehrfürchtig davor, was die Psych//, was die Psyche mit

269 einem alles tatsächlich machen kann. Zu was die alles in der Lage ist.
270 Ja, aber mir macht es einfach Spaß, weil ich das Gefühl hab, es macht
271 Sinn was ich hier mache und selbst wenn die Klienten natürlich dann
272 auch nicht in der eigenen Wohnung wohnen und irgendwie Abitur und
273 Uniabschluss machen, hat's irgendwie doch 'n Sinn gehabt, so.
274

275 **F:** Gut, dann bin ich mit meinen Fragen am Ende angelangt. Hast Du,
276 hab ich vielleicht irgendetwas vergessen, was Du noch zum Schluss
277 mit ansprechen möchtest?
278

279 **A:** Ich glaub nicht.
280

281 **F:** Gut. Dann danke ich Dir für das Interview. Herzlichen Dank.
282

283 **A:** Bitte

Transkription von Interview B

- 1 **F:** Gut. Durch Deine langjährige Arbeit hast Du viele Erfahrungen im
2 Umgang mit Doppeldiagnoseklienten sammeln können. Beschreibe mir
3 doch bitte, wie Du deine Beziehung zu Doppeldiagnoseklienten
4 gestaltetest.
5
- 6 **B:** Also als erstes geht es darum, man baut eine Beziehung zu ihm
7 aufzubauen. Das geht am einfachsten, eben halt, mit 'n Lebensdaten,
8 unter ander'm, so dass er mir ein Bild von sich gibt, aus seiner Sicht und
9 ich, eben halt, durch Fragen, ja, empathisches Auftreten, ihm unterstütze
10 dabei und er darüber, eben halt, auch meine Arbeitsweise kennen lernt
11 und mich ein Stück weit kennen lernt und darüber, eben halt, so 'ne,
12 versucht dann Vertrauensbasis aufzubauen zwischen, eben halt, Patient
13 und Therapeut.
14
- 15 **F:** Ok und inwieweit würdest Du sagen, dass Du Nähe zulässt zu den
16 Klienten?
17
- 18 **B:** Eine gewisse Nähe gibt es sicherlich aber die, eben halt, wirklich auch
19 beschränkt bleibt auf dem Arbeitsbereich. Es gibt, eben halt, keine
20 privaten Annäherungen. Ich bin nicht der Freund.
21
- 22 **F:** Also grenzt Du dich privat.
23
- 24 **B:** Das ist.
25
- 26 **F:** zu den Klienten halt.
27
- 28 **B:** Ja, das ist 'ne ganz klare Sache. Also Therapeut, Patientenverhältnis ist
29 kein, damit geklärt.
30
- 31 **F:** Ok. Was sind Deiner Meinung nach dann wichtige Voraussetzungen für

32 eine gute Beziehungsarbeit zu Doppeldiagnoseklienten?

33

34 **B:** Ja, Klarheit und Offenheit. Ganz klar, dass ich, eben halt, offen und
35 ehrlich mit dem bin. Das Gleiche von ihnen erwarte und eben halt auch
36 kritisch Infrage stelle. Also, es geht nicht da drum ihm zu zeigen, dass er
37 mir ein ganz Toller ist, sondern, eben halt, auch grade ihm klar zu
38 machen, wo Grenzen sind, meine Grenzen sind, aber auch seine
39 Grenzen sind, die wahrzunehmen und zu respektieren.

40

41 **F:** Hast Du dafür vielleicht 'n Beispiel? Was Dir jetzt aus der Praxis
42 einfallen würde?

43

44 **B:** Wo Grenzen sind, oder?

45

46 **F:** Was Du mir grad erzählt hattest. Genau.

47

48 **B:** Also es ist ganz klar, eben halt, dass es nicht um mich geht und nicht um
49 mein Leben geht, sondern, eben halt, um seins und seine
50 Problematiken. Dass ich ihn schon unterstütze wenn er was gut macht
51 oder sich bemüht. Aber auch, eben halt, Verhaltensweisen aus dem
52 frühreligen Leben anspreche, mich mit ihm auseinandersetze, wenn
53 etwas nicht gut gelaufen ist, wenn es um seinen Zwung geht und, eben
54 halt, auch ruhig einfach Verhaltensweisen nicht akzeptieren kann, die er
55 am Tag legt. Die müssen wir angesprochen werden, auch wenn er mir
56 noch so sympathisch ist und ich weiß, dass es ihm quält, muss es
57 trotzdem angesprochen werden und, eben halt, sich damit
58 auseinandergesetzt werden.

59

60 **F:** Was wären das zum Beispiel für Dich für Verhaltensweisen?

61

62 **B:** Also ganz klar Rückfall. Das wäre so ganz typisches Ding. Wobei aber
63 da auch Verhaltensrückfälle sind, halt so unsüchtiges Verhalten, im,
64 eben halt, tricksen aus dem Milieu heraus. Auch, eben halt, das
65 Übertragen von, von vorherigen Elternrollen. So wenn oftmals, ja, eben

66 halt, schon mal bedingt durch mein Alter, eben halt, schon schnell in die
67 Vaterrolle reinrutsche. Das mit Übertragung, Gegenübertragungs// und
68 dann auch eben deutlich zu machen, welche Verhaltensweisen da, eben
69 halt, oder, eben halt, wenn's zu Auseinandersetzungen gekommen sind,
70 auch da den eigenen Anteil deutlich zu machen und nicht nur den
71 Andern die Schuld geben, was es wieder gemacht hat.

72

73 **F:** Du hattest ja jetzt schon einiges über die Sucht angesprochen. Ist auch
74 schon 'ne gute Überleitung zum nächsten Punkt. Erzähle mir doch bitte
75 etwas über Deine Erfahrungen, die Du in der Beziehungsarbeit mit den
76 Suchterkrankungen von Doppeldiagnoseklienten gemacht hast.

77

78 **B:** Ja. Süchtige neigen gerne dazu, eben halt, zu tricksen. Um ehrlich zu
79 sein, Dinge zurückzuhalten, aber gleichzeitig auch die Suchtseite
80 natürlich zu verherrlichen. Das führt dazu, dass natürlich in vielen Fällen
81 nicht gelernt haben, Situationen auszuhalten, eben durch zu entwickeln
82 und eben halt auch gelernt haben, sich auseinanderzusetzen. Das
83 bedeutet nun aller, im Umkehrschluss auch, dass sie große
84 Schwierigkeiten haben mit der Regulation ihrer eigenen Gefühlswelt, die
85 sich so darstellt. Bei einigen ist es eben, oder bei vielen bei uns is// es
86 ja, dass die während der Pubertät angefangen haben mit Drogen und
87 schnell zu Sucht gegangen sind und damit diese, diesen Konflikt mit den
88 Eltern, das Lernen von Auseinandersetzungen, von Streit, gar nicht
89 wirklich durchlebt haben und Erfahrungen gesammelt haben und einfach
90 Angst davor haben und immer, wenn die Angst zu groß wird, dann auch
91 ganz schnell wieder in ihr süchtiges Verhalten hineinrutschen und große
92 Schwierigkeiten darüber haben, selber Verantwortung zu übernehmen.
93 Also Verantwortung geben sie gerne an andere ab, die dann für alles
94 gradestehen müssen und eben halt, auch dafür sorgen sollen dass es
95 eben da gut geht. Also, da dieses Suchtverhalten, ich werfe etwas ein
96 und dann passiert sofort was, ist natürlich für die unheimlich schwer hier
97 auszuhalten, wenn das nicht passiert.

98

99 **F:** Wie gehst Du selber mit Suchtmittelrückfällen Deiner Klienten um?

100

101 **B:** Also ich konfrontiere damit. Versuche auch das Verhalten, das dazu
102 geführt hat, zu analysieren, durchzusprechen, auseinanderzusetzen.
103 Was hat eigentlich dazu geführt und was war so schwierig, sich vorher
104 Hilfe zu holen, Unterstützung zu holen, das auszuhalten, bis hin, eben
105 halt, beim ersten Rückfall natürlich auch zu gucken, was können wir in
106 Zukunft anders machen. Wo, ja, wär Hilfe nötig? Wo können wir auch
107 vorintervenieren? Gleichzeitig aber, eben halt, beim zweiten Rückfall
108 dann auch mal deutlich zu machen an die Eigenverantwortung und
109 welche Motivation steckt wirklich dahinter. Also das Infrage stellen auch,
110 dass 'n, will ich das wirklich, welche Ziele hab ich oder bin ich einfach
111 noch nicht so weit. Also die Bereitschaft, die innere, ja, Überzeugung
112 auch wirklich zu [UNV: ETWA: üben] halt zu überprüfen. Wenn ich dann
113 aber auch den Eindruck habe, dass da das einfach noch zu früh ist, dass
114 wir oft viel zu viel erwarten, dann is// es meiner Meinung nach auch
115 besser sich zu trennen.

116

117 **F:** Ok. Dass die Therapie dann?

118

119 **B:** Ja, das es, eben halt, so, es hört sich immer so schlimm an, wenn man
120 da disziplinarisch Entlassung. Es hat einfach damit zu tun, das einige
121 Klienten aufgrund ihrer Lebenserfahrung, ihres Alters, einfach noch nicht
122 so weit sind sich wirklich ein Leben abstinent vorstellen zu können und
123 von daher immer noch nach, nur damit beschäftigt sind, sich die
124 Hintertür zu, aufzuhalten und nicht wirklich 'ne Therapiemotivation, also
125 wirklich 'ne Krankheitseinsicht zu entwickeln und ohne die is// es dann
126 unheimlich schwer. Das gilt, eben halt, grade dann, wenn die mal wieder
127 rückfällig werden dann zu überprüfen, inwieweit es wirklich, eben halt,
128 der [UNV: ETWA: Grund], oder das [UNV:ETWA: Milieu] abstinent zu
129 erreichen. Das ist das einfach. Wenn nicht diss, dann is// es einfach
130 besser, ihn [UNV: ETWA: am Tag] Zeit zu machen um nicht den Druck
131 zu erhöhen.

132

133 **F:** Ist es denn in dem Moment auch schwer, in Beziehung, 'ne Beziehung

134 zu dem Klienten dann aufzubauen, wenn er nicht motiviert ist? Oder.

135

136 **B:** Ja, das ist natürlich 'n Stück weit unsere Arbeit, die Motivation und die
137 Krankheitseinsicht zu fördern. Aber das Problem bei Süchtigen ist ja,
138 das sie gelernt haben zu tricksen, um ehrlich zu sein, und sie belügen
139 sich ja nich//, sie belügen ja nicht mich, sondern sie belügen sich im
140 ersten Moment selber und das Wissen sie und dadurch wird es
141 unheimlich schwer, auch 'ne Beziehung aufzubauen für sie, weil sie ja
142 immer 'nem schlechten Gewissen auf mich durchdringen und laufen und
143 dieser Druck führt dann auch wieder dazu, dass sich bald wieder zum
144 Rückfall kommt, weil einfach die Beziehung oder das
145 Beziehungsangebot von ihnen nicht angenommen werden kann und
146 dadurch kommt die Sorgen zum Diskrepanz, die für sie ganz schwer
147 auszuhalten ist.

148

149 **F:** Als was würdest Du selber die Sucht verstehen?

150

151 **B:** Ja. Die Sucht ist natürlich im, im Weg unbequeme oder Situationen zu
152 durch//, zu durchstehen, mit den ich keine Erfahrung habe,
153 beziehungsweise, wenn ich das vorgelebt bekomme als
154 Lösungsweg halt. Also, weil meine Eltern mir vorgelebt haben, dass
155 Sucht 'n aldehydes Mittel ist mit dem Leben umzugehen. Wenn, wenn
156 ich das leichter übernehme// und sonst is// es oftmals, eben halt, die
157 Flucht aus dem Hier und Jetzt, weil es so scheinbar unerträglich ist und
158 keine Unterstützung da ist, dass es 'n andern Weg geben kann.

159

160 **F:** Ok. Wir haben jetzt über die Suchterkrankung der Klienten gesprochen.
161 Daneben hast Du's natürlich auch mit den psychischen Erkrankungen
162 Deiner Klienten zu tun. Wie kann ich mir den Einfluss der psychischen
163 Erkrankung auf Deine Beziehung zu den Klienten vorstellen?

164

165 **B:** Also es is// natürlich so, dass der größte Teil unserer Patienten, eben
166 halt, unter Ängsten leiden. Total unsicher sind indem was sie tun,
167 machen, sicherlich auch bedingt durch das Durchleben einer Psychose.

168 Was ich eben halt wirklich ganz gut finde, was meine Kollegin gesagt
169 hat: "Ne Psychose is// wie ein Erdbeben und danach steht nichts mehr
170 aufeinander oder ich kann nicht mehr dem trauen was da steht, dass es
171 für mich heilt" und diese Verunsicherung zeichnet am Anfang vor allen
172 Dingen, die Personen aus und wichtig ist es für mich, eben halt, da feste
173 Orientierungspunkte zu geben, an denen sich der Patient orientieren
174 kann, wie auch überprüfen kann. Also stimmt das, was ich sage, mit
175 dem überein, wie ich handle und das sind am Wichtigsten, eben halt,
176 grade so am Anfang Dinge, wenn ich sage, schweige ich wirklich
177 darüber was er mir erzählt, hör ich ihm auch wirklich zu, gelten die
178 Regeln, die für 'n Haus sind, werden die von mir genauso angewandt,
179 gibt es die gleichen Konsequenzen bei andern. Das ist etwas, an dem er
180 sich orientiert und darüber auch langsam 'ne Sicher//, Versicherheit
181 gewinnt und dann auch sich öffnen kann und dann auch Vertrauen
182 gewinnen kann. Das zeichnet eben, denk ich, meistens das aus, ob das
183 nun auch Borderliner sind, bis hin wie 'n Psychotikern, brauchen sie alle
184 diese Gewissheit, dass diese Regeln wirklich gelten und darüber, eben
185 halt, dann auch mir 'n größeres Feld zu eröffnen.

186

187 **F:** Gut. Aufgrund der psychotischen Erkrankung nehmen ja auch einige
188 Klienten Medikamente. Wie beeinflusst Medikamente, die die Klienten
189 nimm, die Beziehungsarbeit? Also ist Beziehungsarbeit ohne
190 Medikamente denkbar oder sind Medikamente auch 'ne Voraussetzung?
191 Wie kann ich mir das vorstellen?

192

193 **B:** Also, die Medikamente dienen ja dazu, das psychotische Erleben zu
194 dämpfen, sie heilen ja nicht und das ist ja das Wichtige und das
195 bedeutet, eben halt, dass die Medikamente notwendig sind, um
196 überhaupt in eine Beziehung zu kommen. Wenn ich mich verfolgt fühle
197 oder, eben halt, Beziehungsideen entwickle, das der Andere meine
198 Gedanken lesen könnte oder manipulieren könnte, oder so etwas, ist
199 natürlich diese ganze Beziehung nur mit Angst und Abwehr belastet.
200 Durch die Medikamente kommt der Klient überhaupt in die Lage, ja, sich
201 darauf einzulassen und 'ner Erkrankung selbstständig was zu tun. Zu

202 gucken, was sind die Gründe dafür, wofür dient meine Psychose
203 überhaupt. Also, was wehre ich damit ab, was ich meine nicht ertragen
204 zu können und deswegen sind Medikamente grade in, auch in der
205 Therapie wo es um, ja, so den ganzen lebensgeschichtlichen Verlauf,
206 die Entwicklung der Psychose geht und damit verbunden natürlich
207 unangenehme Krisensituationen [UNV: ETWA: die bald stabilisiert und].
208

209 **F:** Ok. Was Du mir jetzt geschildert hast ist sehr vielseitig, klingt sehr
210 vielseitig und interessant. Wen Du jetzt noch mal zurückschaust, welche
211 Situationen haben dich in der Arbeitsbeziehung zu den Klienten, aus
212 heutiger Sicht, am meisten geprägt?
213

214 **B:** Ja, ganz am Anfang war es so, dass ich eben halt, ihnen mehr glauben
215 konnte. Also, oder geglaubt habe, ich darf ihm mehr vertrauen und, eben
216 halt, mit der süchtigen Seite doch arg überrascht worden bin und ich ein
217 Klienten hatte der, ja, schwer depressiv war und in einer ja, ja
218 schwierigen Lebenssituation auch, auch unheimlich sympathisch war.
219 So von seinem Ganzen, mir auch sehr sympathisch war und ich auch
220 geneigt war, ihm mehr zu glauben. Der aber dann eben halt, ja, dieses
221 Verlassen dieser festen Grenzen, dieser Wege, was mich bisschen
222 weicher war bei ihm, dazu Anlass genommen hatte, immer wieder
223 rückfällig zu werden. Heute würde ich sagen, wenn ich eben halt diese
224 Erfahrung gehabt hätte, hätte ich ihm klarer begrenzt und ihm dadurch
225 mehr Orientierung, mehr Hilfe gegeben. So, da fühlte er sich eigentlich
226 letztendlich allein gelassen und hat dem nicht vertrauen können, was ich
227 wirklich herstellen konnte und das hat schon sehr sehr auf die Arbeit
228 dann nachgewirkt. Das, eben halt, ich mein Verhalten wesentlich mehr
229 kontrolliert habe und auch, eben halt, klarer in dem geworden bin was
230 Regeln und Konsequenzen angeht.
231

232 **F:** Gab es auch Erfahrungen, die Du noch als gut oder als schön in
233 Erinnerung hast? Wo Du dich gerne dran zurück erinnerst?
234

235 **B:** Ja. Es gab eben halt einen Patienten der, eben halt, sehr verschlossen

236 war, sehr ruhig und wo eigentlich alle gesagt haben: " Naja der, also
237 vielleicht läuft der hier so durch ohne das irgendwas passiert". Der aber
238 im Verlauf der Therapie so viel Vertrauen in die Beziehungsarbeit und
239 auch in das, in das [EINRICHTUNG] gewonnen hat, dass der heute,
240 eben halt, seinen Job nachgeht, ganz offenes, eigentlich ein ganz
241 anderer ist und endlich glücklich is// und so etwas zu erleben ist einfach
242 unheimlich schön. Also wo, eben halt, dieses Vertrauen, das er eben
243 halt übert, über diese Beziehung auch wieder zu sich gefunden hat,
244 damit man in seinem Leben auch wirklich Widerstand fand.

245

246 **F:** Gut. Warum arbeitest Du mit Doppeldiagnoseklienten zusammen?

247

248 **B:** Ich denke, eben halt, dass sich beide Krankheiten sehr sehr stark
249 bedingen und das auch nur mit Psychotikern arbeiten, kriegt man immer
250 wieder mit der Suchtseite was zu tun und umgekehrt das Gleiche. Das
251 viele, eben halt, Süchtige ja auch, eben halt, nicht unbedingt 'ne
252 Psychose, aber 'ne Persönlichkeitsstörung haben oder eben halt auch
253 depressive [UNV: ETWA: Fasen] haben und hier ist es einfach ganz klar,
254 hier ist, eben halt, von vornherein das Arbeitsfeld ganz deutlich. Wir
255 unterscheiden nich//, wir werten nich// in beide Richtungen, sondern
256 beide Krank//, Erkrankungen stehen gleichwertig nebeneinander und wir
257 können damit offen umgehen, auch die Klienten könn//, weil sie genau
258 wissen, dass wir das so betrachten bei der Erfahrung.

259

260 **F:** Ok. Gut. Dann bin ich eigentlich mit meinen Fragen schon am Ende.

261 Habe ich vielleicht irgendetwas vergessen was du gerne noch mit

262 ansprechen möchtest?

263

264 **B:** Ich fand das schon ganz ver//, viel. [LACHT]

265

266 **F:** Super. Dann danke ich Dir für das Interview.

Transkription von Interview C

1 **F:** Meine erste Frage wäre eigentlich oder meine Bitte wäre, dass Sie mir
2 einfach beschreiben, wie Sie ihre Beziehung zu Doppeldiagnoseklienten
3 gestalten. Also is// ist ganz offen gehalten.

4

5 **C:** Ganz offen gehalten?

6

7 **F:** Genau.

8

9 **C:** Das ist eine sehr weitläufige Frage. Erst mal gestalte ich die Beziehung
10 frei ab von irgendwelchen Diagnosen. Also, ich gestalte erst mal
11 Beziehung zu Bewohnern und nicht zu Doppeldiagnosepatienten und
12 versuch da erst mal so ranzugeh'n, zu gucken, was der Klient mir
13 eigentlich anbietet an Beziehungsmöglichkeiten. Es gibt ja Bewohner, die
14 brauchen erst mal Abstand und brauchen die Zeit um Vertrauen
15 aufzubauen. Es gibt Bewohner, die sind sofort bei einem. Das is// auch
16 altersabhängig, wie ich die Beziehung aufbau//. Aber ich versuch erst
17 mal den Menschen als gesunden Menschen zu sehen und geh nicht
18 gleich ran, oha, das ist ein Doppeldiagnosepatient, da muss ich jetzt
19 nach Schema so oder Schema so vorgehen. Also, ich seh// die Leute
20 erst mal ganzheitlich und, ja, je nach dem was sie brauchen, gehe ich an
21 die Beziehung ran. Wir haben auch viele junge Leute, die sind, sag ich
22 mal, zwanzig, einundzwanzig, zweiundzwanzig, gefühlte sechzehn,
23 siebzehn. Also, die müssen alle noch nachreifen und da geh ich natürlich
24 eher autoritär, sag ich mal, in den Kontakt, aber auch wohlwollend. Also
25 so 'n bisschen väterlich würde ich sagen. Auch schon 'ne Orientierung
26 und auch 'ne gewisse autoritäre Ausstrahlung, aber auch, auf der andern
27 Seite natürlich, auch mit wollwollende Gutmütigkeit. Während ich jetzt mit
28 Klienten, die meinetwegen schon vierzig oder fünfzig sind, mein Alter
29 oder älter sind, dann geh ich natürlich ganz anders drauf zu. Also da stell
30 ich mir die Eigenständigkeit in den Vordergrund und auch so, sag ich
31 mal, ne Kommunikation auf Augenhöhe und dass die sich nich//

32 irgendwie kleingemacht fühlen zum Beispiel. Also, is// ganz individuell, es
33 gibt nicht die Herangehensweise.

34

35 **F:** Also nicht nach einem bestimmten Schema oder 'nem bestimmten Buch?

36

37 **C:** Nein, überhaupt nicht.

38

39 **F:** Ok. Was ja auch ein großes Thema is//, is// ja immer so Nähe, Distanz.
40 Wo würden Sie sagen, inwieweit lassen Sie Nähe zu oder wo sagen Sie,
41 da Grenze ich mich jetzt ab? [INTERVIEWPARTNER/IN ÜBERLEGT
42 LÄNGER] Viele sind ja, also einige, teilen auch was von ihrem
43 Privatleben mit, so bestimmte Dinge oder halten sich dann doch eher
44 privat sehr zurück, erzählen nichts von sich selber.

45

46 **C:** Also erst mal, Grundlage hier ist, dass Klient und Mitarbeiter sich siezen.
47 Wir duzen uns hier nicht, wir siezen uns und keiner der Bewohner kennt
48 mein Wohnort oder die Straße wo ich wohn, geschweige denn auch die
49 Hausnummer. Das teile ich nicht mit. Was sie mitbekommen ist, dass ich
50 Kinder hab, weil die dann auch mal hier sind und was weiß ich, mal kurz
51 ins Büro gucken oder wie auch immer. Das kriegen die schon mit. Also
52 wie ich, sag ich mal, ob ich 'ne Freundin hab oder vielleicht auch
53 verheiratet bin, das kriegen die schon mit und mein Wohnort geht
54 niemandem, also gar nicht, das is//, ist privat.

55

56 **F:** Sonst stehen sie irgendwann vor der Tür?

57

58 **C:** Ja, es gibt auch Mitarbeiter, die teilen ihre Adresse auch, besser, indirekt
59 mit. Wir haben so 'ne Gartengruppe von der [EINRICHTUNGSTRÄGER]
60 aus. Wo Klienten, sag ich mal, das is// 'n Beschäftigungsprojekt, und es
61 gibt Mitarbeiter, die lassen sich dann von der Gartengruppe der
62 [EINRICHTUNGSTRÄGER] den Garten machen zum Beispiel. Wo sie
63 dann natürlich auch, sozusagen, ihr Privatleben öffnen. Aber das mach//
64 ich nich//.

65

66 **F:** Ok. Dann erzählen Sie mir doch bitte etwas über die Erfahrung, die Sie
67 mit der Suchterkrankung von Doppeldiagnoseklienten gemacht haben.
68 Also speziell mit der Sucht.
69

70 **C:** Das ist 'ne, 'ne weitläufige Frage. Also was heißt Erfahrung jetzt? Im
71 direkten Kontakt oder historisch, biografisch?
72

73 **F:** Im direkten Kontakt. Also speziell Umgang, Suchtrückfälle. Haben Sie die
74 erlebt? Wie geh 'n Sie damit um? Oder wenn Klienten speziell
75 Suchtdruck haben.
76

77 **C:** Das ist natürlich auch total individuell. Also, geh 'n wir jetzt erst mal vom
78 Suchtdruck aus und gehen wir davon aus, dass der Bewohner die
79 Offenheit hat, sich bei mir zu melden, wenn er Suchtdruck hat. Das is// ja
80 nicht immer der Fall. Bei uns sollte es der Fall sein, versuchen wir
81 natürlich erst mal ein, im Gespräch zu eruieren, ob's da ein bestimmten
82 Auslöser gibt. Also 'n bestimmten Stressfaktor, 'n Tricker, der das ganze
83 ausgelöst hat. Wenn das der Fall ist, versuchen wir halt genau diese
84 Situation zu besprechen. Im günstigsten Fall kehrt 'ne Beruhigung ein
85 und der Suchtdruck minimiert sich. Es kann aber auch sein, dass jetzt
86 gar kein Auslöser erkennbar ist, [UNV. ETWA: sondern] Suchtdruck da
87 ist. Dann müssen wir gucken, auf welchen Level derjenige ist. Also wir
88 haben, bieten Akupunktur an, wir arbeiten mit Tees und, sag ich mal,
89 schwerwiegend is// auch Bedarfs//, mit Bedarfsmedikation. Also mit
90 sedierenden Neuroleptika zum Beispiel. Das ist ganz unterschiedlich.
91 Sollte es zu einem Suchtmittelrückfall kommen, gibt's bei uns die Regel,
92 dass sofort die Entgiftung aufgesucht wird. Also bei uns im Haus darf
93 niemand intoxikiert sein.
94

95 **F:** Wenn jetzt 'n Klient hier rückfällig wird, heißt das, dass er das Haus
96 verlassen muss?
97

98 **C:** Ja.
99

100 **F:** Also auch beim ersten Rückfall dann? Oder.
101

102 **C:** Also die Betreuung wird nicht beendet, aber er muss das Haus
103 verlassen.
104

105 **F:** Ok.
106

107 **C:** Er darf nicht intoxikiert hier sein. Das ist auch 'n inner// Rahmen, der wird
108 geschützt. Das heißt, wenn jemand kommt und sagt: "Hier, ich hab
109 getrunken, oder ich bin rückfällig", oder wenn wir jemand auch
110 erwischen, wir machen ja auch Kontrollen, dann ist der sofortige Weg in
111 die Entgiftung und würde sich der Klient weigern, müssten wir ihn vor die
112 Tür setzen und dann muss er zusehen, dass er sich 'ne Nacht um die
113 Ohren schlägt oder wie auch immer. Sprich, wir betreuen nur, wenn er
114 hier auf null ist.
115

116 **F:** OK. Also, ok. Gut. Sie haben es ja auch mit den psychischen
117 Erkrankungen der Klienten zu tun. Wie kann ich mir den Einfluss der
118 psychischen Erkrankung auf Ihre Beziehung, die Sie zu den Klienten
119 haben, vorstellen? Also welchen Einfluss nimmt da die Psychose?
120

121 **C:** Das hängt ja nun auch wieder von, von den psychischen Erkrankungen
122 ab. Wir ham da alle, alle, sag ich mal, Störungsbilder die wir betreuen.
123 Ich sach mal, wenn wir jetzt// von, von 'ner typischen Schizophrenie
124 ausgeh'n, neigen die Klienten ja dazu, sehr sensibel zu sein und dann
125 auch reizoffen zu sein, 'ne geringe Ich- Stärke zu haben, so wie ich das
126 mal nenn// darf. Gehen wir natürlich behutsam miteinander um, wenn,
127 sag ich mal, ne kriselige Situation da ist und versuchen dann
128 gemeinsam, so die [UNV:ETWA: fragwürdigen] Symptome auf Realität
129 zu überprüfen, so. Also sprich schon behutsam, ja, wir sind ja [WORT
130 WAR NICHT VERSTEHBAR] um da auch für die Klienten so 'ne, so 'ne
131 Sicherheit auch aufzustellen. Bei natürlich Psychose- Symptomen als
132 absolute Unsicherheit und auch Bedrohung angenommen werden und
133 das ist natürlich unser Job, da auch ein bisschen Beruhigung zu

134 schaffen, sag ich mal. Bei symptomfreien Schizophrenie-kranken
135 Menschen, sprich: die medikamentös gut eingestellt sind, geh ich
136 genauso in die Konflikte wie mit gesunden Menschen auch. Also wenn
137 jetzt hier im Alltag irgendwelche Dinge schief laufen oder Regelverstöße
138 da sind, werden diese Klienten genauso konfrontativ behandelt wie, was
139 weiß ich, wenn ich hier mit Jugendlichen arbeiten würde. Das ist nur im
140 Fall der, sag ich mal, Auffälligkeiten 'ne kriselige Situation da ist, da
141 reagieren wir natürlich entsprechend behutsamer.

142

143 **F:** Ein weites Feld ist ja, sind ja auch Medikamente. Würden Sie sagen,
144 Medikamente sind 'ne Voraussetzung für gute Beziehungsarbeit oder
145 würde das auch ohne Medikamente funktionieren?

146

147 **C:** Das hängt von dem Stand der, der Erkrankung ab. Also, es gibt durchaus
148 Schizophrenie-Erkrankte die, na gut, wir haben kein hier, der jetzt keine
149 Medikamente bekommt, aber es gibt schon welche die, die ham ein, ein
150 ganz geringes Maß, also 'ne geringe Medikation.

151

152 **F:** Ja, Ok.

153

154 **C:** Grundsätzlich bin ich der Meinung das 'ne, 'ne Beziehungsarbeit nur
155 möglich ist, wenn die Symptomlastigkeit sehr gering ist, weil jemand der
156 'ne florierende Psychose hat, keine schwere Beziehungsarbeit leisten
157 kann. Das ist, glaub ich, fast unmöglich. Das sieht anders aus bei
158 Menschen, die mit 'ner Persönlichkeitsstörung kommen. Da ist die
159 Beziehungsarbeit natürlich 'ne ganz andere. Da geht's um Distanz, da
160 geht's um 'ne klare Kommunikation, ne. Das is//, is// nochmal ein anderer
161 Umgang, sag ich mal. Also es hängt von der Erkrankung, ganz sicher,
162 auch ab.

163

164 **F:** Ok. Sind wir ja fast schon bei der vorletzten Frage eigentlich. Wenn Sie
165 jetzt nochmal zurückschauen, ich glaub Sie arbeiten jetzt zehn Jahre
166 hier, seit zweitausendeins, well//, aus heutiger Sicht, welche Situation hat
167 Sie so am meisten in der Arbeit mit Doppeldiagnoseklienten geprägt oder

168 wo Sie häufig noch drüber nachdenken?

169

170 **C:** [INTERVIEWPARTNER/IN ÜBERLEGTE LÄNGER]

171 Also ich sag mal, was mir ab und zu in den Sinn kommt, war ein
172 Bewohner, den ich betreut hatte. Der litt an einer sehr stark
173 ausgeprägten Borderlinestörung mit ganz stark selbstverletzendem
174 Verhalten. Das heißt, der hat sich massiv verbrannt. Also er hat
175 Gegenstände erhitzt, Löffel, Scheren, Messer und hat sich die dann unter
176 die Haut gejaht, auch Verbrennungen zugefügt und ist auch ganz stark
177 in dissoziative Zustände gegangen und man gar keine Kontaktaufnahme
178 herstellen konnte. Dem ham wir auch aus 'ner Naivität heraus, würd ich
179 sagen, viel zu lange versucht zu halten. Das war so in der Anfangszeit,
180 das Wohnheim gibt's ja auch erst ab zweitausend, und der ist dann
181 irgendwann auch gegangen und ist ganz stark rückfällig geworden und
182 ist auch verstorben an diesem Rückfall. Also es war schon 'ne ziemlich
183 harte Nummer. Die uns natürlich auch dazu gebracht hat, das wir dabei,
184 Menschen, die 'n selbstverletzendes Verhalten haben, ja auch grad 'ne
185 emotional instabile Persönlichkeit haben, genau gucken welche, sag ich
186 mal, Ressourcen da sind, um mit dieser Erkrankung umzugeh'n. Sprich,
187 wenn jemand zur Selbstverletzung neigt oder diese auch noch aktiv
188 betreibt, ist das für uns 'n Ausschlusskriterium, weil deutlich wurde, dass
189 wir hier natürlich Beziehungsarbeit machen und diesen Menschen noch
190 gar nicht in der Lage sind diesen, dieses Maß an Beziehung überhaupt
191 auszuhalten, sprich, das ist kontraindiziert die Leute hier zu betreuen.
192 Das war eins der, sag ich mal, besonderen Ereignisse, die ich hier so
193 erlebt hab.

194

195 **F:** Gut. Dann sind wir auch schon bei der letzten Frage. Warum arbeiten sie
196 mit Doppeldiagnoseklienten hier zusammen? Aus einer Motivation
197 heraus oder war das 'n Zufall, dass Sie hier gelandet sind?

198

199 **C:** Ich hab vorher schon bei der [EINRICHTUNGSTRÄGER] gearbeitet, mit,
200 also mit Menschen, die 'ne psychiatrischer Erkrankung haben, keine
201 Doppeldiagnose und bin auf die Stelle aufmerksam geworden. Es wurde

202 'n männlicher Therapeut gesucht und da ich da keine Berührungsängste
203 mit Sucht habe, konnte ich 's mir vorstellen und auch immer noch gut
204 vorstellen.

205

206 **F:** Ok. Dann bin ich eigentlich schon am Ende. Also ganz schnell, wie ich's
207 gedacht habe. Haben Sie vielleicht noch irgendetwas, was ich vergessen
208 hab und Sie vielleicht noch mit ansprechen möchten, über
209 Beziehungsarbeit mit Doppeldiagnosekunden?

210

211 **C:** Nein.

212

213 **F:** Gut. Dann danke ich Ihnen.

Transkription von Interview D

- 1 **F:** Als Erstes möchte ich von Ihnen einfach wissen, dass Sie mir einfach mal
2 erzählen oder beschreiben, wie Sie ihre Beziehung zu
3 Doppeldiagnoseklienten gestalten.
4
- 5 **D:** Wie ich das mach//?
6
- 7 **F:** Genau.
8
- 9 **D:** Also ich mach hier überwiegend die Erstgespräche. Wenn die Leute sich
10 hier vorstellen, gibt's zwei Gespräche. Erst mal gibt's 'en Erstkontakt, da
11 bin ich in der Regel dabei, das heißt, ich mach ein Zweitgespräch.
12 Manchmal sind die Eltern dabei, Betreuer oder jemand aus der Klinik. Die
13 Leute rufen mich an, wir machen Termine, dann komm// die hierher, wir
14 sitzen hier an diesem Tisch und ich hab, wenn Sie so woll'n,
15 standardisierten Fragebogen. Wo so, wo ich erst mal die wichtigsten
16 Daten erhebe und jetzt nicht nur, was weiß ich, nicht Diagnosen und so
17 weiter, sondern natürlich auch, ist jemand krankheitseinsichtig, ist jemand
18 gruppenfähig, ist jemand bereit, sich an Regeln zu halten. Die ganzen
19 Einschränkungen die wir natürlich hier, alle da sind, sowie im [NAME
20 EINER EINRICHTUNG], sozusagen in Kauf zu nehmen. Hat jemand
21 vielleicht schon therapeutische Vorerfahrung, vielleicht auch schon 'ne
22 Idee davon, wo es thematisch, hinsichtlich seiner Problematik, geht und
23 so weiter. Das sind alles Dinge, die ich mit denjenigen besprech//. Da
24 geht's natürlich nicht nur darum, dass ich Fragen stell und mir die
25 Antworten notier//, sondern da geht's natürlich auch schon drum, dass da
26 so was wie 'ne Beziehung entsteht. Das heißt, ich geh natürlich auf die
27 Leute ein. Ich versuch// natürlich mir schon 'n Bild zu machen von
28 jemanden, hinsichtlich dessen, was er bräuchte, welchen Hilfebedarf er
29 hat, wie 'ne Therapie aussehen könnte. Natürlich alles nur erst mal im
30 Groben mit Überschriften, aber sach demjenigen das auch. Ja und mach
31 nicht selten die Erfahrung, dass die Leute sich verstanden fühlen,
32 ernstgenommen fühlen mit ihrer Problematik, dass die merken, da ist

33 jemand bemüht mir zu helfen, auch wenn unterm Strich vielleicht
34 rauskommt, wir sind nicht die richtige Einrichtung. Dann spreche ich in
35 der Regel Empfehlungen aus: "Wenden Sie sich ans [NAME EINER
36 EINRICHTUNG] oder geh 'n Sie da hin oder dahin". Also vermittele auch
37 Kontakte, wenn man so will. Drück den Zettel in die Hand und telefoniere
38 mit den Ansprechpartnern, solche Dinge. Das hat zu Folge, dass die, die
39 bei uns landen, sag ich mal, in der Regel schon zu mir eine Beziehung, in
40 Führungsstrichen, man darf das auch nicht überbewerten. Aber es
41 schon, hat schon 'ne Beziehungsgestaltung stattgefunden. Die kenn//
42 mich, die wissen wie ich ausseh//, die wissen wo sie mich finden, hier in
43 dem Büro und ich ermuntere ja auch alle Bewohner, nach dem Motto, Sie
44 haben das Schild vielleicht an der Tür gesehen, ich bin zu sprechen. Das
45 ist ja 'n Signal die Leute aufzufordern, wenn das is//, sollen sie auch ruhig
46 zu mir kommen, weil ich selbst mach ja keine Gruppentherapie mehr
47 regulär. Ich spring ein, wenn Kollegen im Urlaub sind. Ich übernehm//, in
48 der Regel, hier die Gruppe Orange. Aber das sind so Formalien, die ham
49 sich so ergeben. Also bin sozusagen nicht mehr im Alltagsgeschehen
50 der Betreuung drin. Mach dann auch im Weiteren keine Einzelgespräche
51 mehr, es sei denn, es kommt zu besonderen Situationen und die könnten
52 sein, das 'n Therapeut mit seinem Latein am Ende is// und wir im Team
53 hin und her überlegen, was wollen wir machen, ist derjenige noch zu
54 halten oder nich// und dann macht es, das hat sich jedenfalls immer
55 wieder gezeigt, dass ich denn, sozusagen, mal als Leiter, nochmal mich
56 mit jemandem zusammsetz//. Was ja auch 'ne Aufwertung ist, der Chef
57 persönlich nimmt sich Zeit, ist klar. Aber wo ich gut dann auch anknüpfen
58 kann an das erste Gespräch, weil ich mir da immer auch, ich fordere die
59 Leute immer auch auf, sich mit ihren Worten zu beschreiben. "Was sind
60 Sie für 'n Typ", sach ich immer in Führungsstrichen. Das sind ganz
61 hilfreiche Informationen, die natürlich irgendwann im Laufe der Zeit in
62 Vergessenheit geraten und wenn man diesen Zettel mal wieder rausholt
63 und sacht: "Könn// Sie sich dran erinnern, da haben wir im Erstkontakt mit
64 'nander gesprochen. Im Moment klingt das alles ganz anders". Und so
65 weiter und so fort. Da kommt oft nochmal 'ne Bewegung rein, in der
66 Situation, wo man die Sorge haben musste, da geht gar nichts mehr. Ja.

67 Oder wenn jemand, sozusagen, uneinsichtig ist, im Bezug auf unsere
68 therapeutischen Entscheidungen. Das nicht tragen will, wegen ganz
69 konkret jemanden, der is// ohne Frage auf, in die, wieder in die Manie
70 getroffen. Hat das nicht sehn woll'n, hat große Zukunftspläne entworfen,
71 völlig selbstüberschätzend. Wo wir uns, im Prinzip, den Mund fusselig
72 reden konnten, nach dem Motto: „das is// alles verkehrt und das ist nicht
73 gut, wir könn// das nicht unterstützen“, wollte er nicht sehn. Den hab ich
74 mir dann hier nochmal eben geholt. Wo ich auch im Gespräch das Gefühl
75 hatte, auch da beiß ich auf Granit, aber irgendwas hat nachgewirkt. Am
76 nächsten Morgen is// er unten in die Krankenpflege und hat gesagt: "ich
77 glaub, ich muss doch in die Klinik". Ja. Also das sind so Sachen, da merkt
78 man natürlich, das funktioniert nur auf 'ner Basis, wenn dann 'ne
79 Beziehung da is//. Das ist kein fachliches Argumentieren oder ein
80 Überreden oder oder. Eine Überzeugungsarbeit, da muss erst mal 'ne
81 Beziehung da sein. Um die zu haben, zu den Bewohnern, ich kenn hier
82 alle, wie gesagt, die meisten Einzelgespräche hab ich gemacht. Bei den
83 Zweitgesprächen bin ich in der Regel auch immer dabei. Aus dem Grund
84 mach ich auch selbst immer wieder Veranstaltung hier. Das kann ganz
85 unterschiedliche Sachen sein. Neigungsgruppe, Billard spielen mit den
86 Leuten. Dass die sehen, der, der Leiter, in Führungsstrichen, der sitzt
87 nicht nur am Schreibtisch am Laptop, sondern der kann auch Billard
88 spielen und wenn ich mit den Billard spiel//, mit unsern Kandidaten, dann
89 ist das kein therapeutisches Billard, sondern versuch ich die fertig zu
90 machen und da ich das ganz gut kann, is// es immer was Besonderes,
91 wenn ich die schlage. Da passiert was, das ist Beziehungsgestaltung. Ja.
92 Ich hab auch die Erfahrung gemacht, wenn ich mal jemanden getestet
93 hab//, zum Beispiel 'n HVI- Interlegentest gemacht hab, um mal so, ja,
94 Teilleistung, Stärke und Schwächen rauszukriegen, das hat sich bewährt,
95 auch wenn's gar nicht um den IQ dabei selbst geht. Aber dann muss man
96 mit unseren Leuten ja Mildtempo machen. Die stehen das nicht in einem
97 Rutsch durch, das überfordert die. Die sind nach 'ner dreiviertel Stunde,
98 Stunde, platt auf den Nerven. Das heißt, ich mach drei Termine, so dass
99 letztendlich die Aussagekraft dadurch natürlich verfälscht wird. Aber das
100 is// gar nicht das Entscheidende, auch während diese Termine, wenn ich

101 hier jemanden exklusiv gegenübersteh//, mir die Zeit nehme// und wir
102 diesen Test machen, bekomme// ich immer wieder die Rückmeldung“ Das
103 war gut, das hat Spaß gebracht“. Die Leute fühlen sich gewertschätzt,
104 sicherlich auch ‘n bisschen gebauchtpinselt, diese exklusive Geschichte.
105 Das ist also, unter dem Aspekt Beziehungsgestaltung, was ganz
106 wichtiges, ja. So dass die eigentlichen Fakten, die Daten, die wir daraus
107 nehme//, die sind eher zweitrangig, so würde ich das einschätzen. Aus
108 dem Grunde mache ich persönlich auch Wochenenddienste, was ich
109 natürlich eigentlich nicht machen müsste. Ich kann als Leiter sagen: "Ich
110 hab genug am Hut, ja, also Teamnummern muss ich nicht auch noch
111 haben“. Aber ich mache das, auch Feiertagsdienste, so wie alle anderen
112 Teammitglieder, was gut fürs Team ist, also meine Beziehung zum Team.
113 Ja. Klar. Ich bin mir dazu nicht zu fein genug, auf Deutsch gesagt, und die
114 Bewohner sehen eben auch, ich bin ansprechbar. Ich habe// natürlich am
115 Wochenende mehr Zeit, weil hier kein Alltagsgeschehen ist und die
116 wissen, sie können gerne bei mir klopfen, um mal ‘ne Runde zu
117 schnacken. Das tun sie auch, nicht jedes Mal, aber immer wieder wenn’s
118 mal jemanden gibt, der kommt auch vorbei oder fordert
119 [GESPRÄCHSSEQUENZ WAR NICHT ZU VERSTEHEN] oder so was.
120 Das ist wichtig, das sind Dinge, die haben ‘ne ganz große Bedeutung, weil
121 ich dadurch für die Bewohner auch so was, wie sonst Leiter zum Anfassen
122 bin, ja, im übertragenden Sinne natürlich. Wir sitzen die und wir sitzen
123 die Bewohner. Wir haben natürlich ‘ne professionelle Distanz zu allen. Hier
124 sitzt mir keiner auf’m Schoß und heult sich aus. Aber wir sind in Kontakt
125 und das ist die Basis letztendlich für, ja, für die ganze Arbeit die wir hier
126 machen und wenn ich Ihre Fragestellung richtig verstanden habe, dann ist
127 da ja gerade dieser Balanceakt, dieses Kunststück, einerseits dieses
128 sanktionierende, konfrontierende und so weiter. Also sprich
129 Suchttherapie, da komme ich ja her, wenn Sie so wollen und auf der
130 anderen Seite, das eher fürsorgliche, auf jemanden eingehen, ne, das ist
131 ja diese Gradwanderung und die kann nur funktionieren, wenn, also als
132 Basis, ‘ne Beziehung vorhanden ist//, ja. Wie auch immer die geartet sein
133 muss, aber es muss ‘ne Beziehung da sein. Das heißt, Beziehung fußt
134 auf Vertrauen. Natürlich erwarten wir ein Stück Vertrauensvorschuss. Am

135 Anfang kapiert 'n die meisten noch gar nicht, wo geht die Reise hin, ist
136 das so, wie es hier ist//, warum sind die ganzen Regeln, Vorschriften und
137 Ansagen. Das heißt, da erwarten wir 'n Stück Vertrauensvorschuss, weil,
138 es braucht in der Regel 'ne ganze Zeit bis die Leute merken, die haben
139 gar nicht so unrecht und letztendlich ham die Recht, das ist// sogar gut für
140 mich, ich muss das lernen, ich kann das aus eigener Kraft. Das braucht
141 irgendwie Zeit. Manchmal sind's Wochen, manchmal sind dies Monate
142 und manchmal noch länger. Also immer wieder 'n Behandlung und also,
143 wie lange manchmal was dauert oder auch die, die, der Punkt wenn
144 jemand dann plötzlich, in in in Bewegung kommt, nach anderthalb
145 Jahren, sag ich mal. Wo wir uns auch fragen könn//, was ist jetzt
146 eigentlich gewesen. Das lässt sich ja nicht immer aufschlüsseln. Da wirkt
147 alles zusammen, denk ich. Das ist//, 'ne, nicht immer 'ne Genialität oder
148 die der Gruppentherapeuten. Das sind die Kontakte mit den festen
149 Reinigungskräften, die wir hier ham, ja. Die mit zu 'ner Atmosphäre im
150 Haus beitragen. Das sind drei Frauen, die machen hier regelmäßig
151 sauber. Die Bewohner kennen die und natürlich reden die zwischen Tür
152 und Angel mit den, auch mal im Treppenhaus und die wissen wenn
153 jemand da, 'n, Entwicklungsschritt macht, beziehungsweise er hat ein
154 Praktikum angefangen und fragen nach: "Wie war denn das Praktikum
155 bei Müller?" und der erzählt. Das hat in dem Sinne nicks therapeutisches
156 auf'n ersten Blick, auf'n Zweiten sehr wohl, weil das heißt, wir sind ja
157 auch 'n Stück zuhause für die Leute. Wir ham zumindest für die
158 vorübergehende Zeit und die ist ja mittlerweile über zwei Jahre, wenn die
159 Leute bleiben. Also 'ne ganze Zeit und natürlich entstehen da auch
160 solche Beziehungen, sach ich mal, die was, bestimmt was mit, mit
161 Familien zu tun haben und Zuhause. Ja, und auch das ist sicherlich 'n
162 Punkt, der nicht zu unterschätzen ist//.

163

164 **F:** Ein großes Thema ist ja auch immer Nähe und Distanz in der Beziehung.
165 Ich weiß jetzt nicht inwieweit Sie da, also Sie ham ja schon 'n bisschen
166 erzählt, inwieweit Sie in Kontakt sind mit den Klienten. Inwieweit würden
167 Sie beschreiben, lassen Sie Nähe zu oder wo grenzen Sie sich ab? Also
168 ist// ja auch immer so die Diskussion, einige, die dann auch viel von sich

169 privat auch preisgeben oder auch sagen: „Ich erzähl jetzt gar nichts“.
170
171 **D:** Jetzt von den Bewohnern meinen Sie?
172
173 **F:** Von den Mitarbeitern. Genau.
174
175 **D:** Da muss man sehr vorsichtig sein. Also ich, die wissen ich bin
176 verheiratet, ich hab// zwei Kinder [GESPRÄCHSSEQUENZ WAR NICHT
177 ZU VERSTEHEN], die wissen welches Auto ich fahre und dass ich im
178 Sommer nach Frankreich in Urlaub fahr//, das wissen sie. Ich zeig kei'm
179 meine Kontoauszüge, ja, oder, oder andere private Dinge, das geht die
180 nichts an. Ist gar keine Frage. Das heißt, da bin ich natürlich immer
181 wieder auch, wenn Gespräche in sone Richtung geht, das völlig in
182 Ordnung is//, weil natürlich haben die Bewohner auch 'n berechtigtes
183 Interesse mehr von mir zu erfahren. Was ist das für 'n Typ, ja. Die sehn
184 mich beim Billardspielen, die wissen ich fahr nach Frankreich, sehn hier
185 die Jazzcover an den Wänden. Das ist auch eine, ist 'ne gute Sache. Das
186 ist 'ne Einladung auch darüber ins Gespräch zu kommen, weil das ist
187 keine Volksmusik oder sonst was, Jazz. Das, für die meisten ist das was
188 Unbekanntes, aber irgendwie was schon positiv besetzt ist, ja. Also das
189 sind alles schon gute Typen, die meisten waren drogenabhängig. Dat
190 war'n auch schon Typen, wenn man so will. Gut, deshalb hängen die
191 nicht hier, die hängen deshalb hier, weil ich sie gerne hör//. Ich hab// die
192 Platten alle und höre sie gerne zuhause. Das heißt, ich rede gerne auch
193 über Musik mit Bewohnern. Ich erzähl// den auch nicht, ich versteh von
194 Fußball nicks, interessiert die nicht. Nicht, weil das ist für die ein großes
195 Thema, ob Borussia Dortmund nun Tabellenführer ist oder nich//. Ja,
196 also: „Ich hab keine Ahnung du, Weltmeisterschaft“. Solche Sachen, das
197 ist völlig problemlos, sich darauf, sach ich mal, auf so was eher privates
198 zu bewegen. Aber natürlich gibt es Dinge die, ich sag mal, wirklich privat
199 sind und die geh'n wirklich keinem nichts an, ja. Also, ob ich zuhause
200 Sorgen hab// mit meiner Beziehung oder mit meinen Kindern, ja, das wird
201 hier nicht thematisiert. Das kann's nicht sein, das geht auch nich//. Das
202 Ganze hat aber noch 'ne andere Seite, sach ich mal. Nähe und Distanz

203 heißt ja auch, wie nah geh// ich an jemanden ran, was lass ich von dem
204 Leid, was da ja mitbringt, zu und nehm// es sozusagen an,
205 beziehungsweise mit nach Hause. Das muss man lernen und das muss
206 man können, also lernen können, so würd ich das sagen, ja. Das heißt,
207 das ist 'ne Basis, um im'son Job nich// selbst kaputt zu geh'n, ja, sich
208 auch abgrenzen zu können. Ich muss nicht alles in meinem Leben
209 erfahren haben, um alles verstehen zu können, ja. Wenn jemand fünf
210 Jahre im Knast war, ich brauch// keine Erfahrung um, um da irgendwie
211 mit dem sich unterhalten zu können. Auch wenn ich natürlich letztendlich
212 nich//, nich// bis ins Letzte beurteilen kann, was das bedeutet
213 weggeschlossen zu sein, sich da irgendwie ein Platz zu finden und so
214 weiter und so, dass is// schon klar. Auch wenn's mit, viele von unsern
215 Leuten sind ja traumatisiert, auf'n ersten Blick kann man's manchmal
216 erahnen, kann man dann auch sogar im Erstgespräch, ich sag mal,
217 vorsichtige Worte finden. Da erst mal keine Türen auf zu machen,
218 versucht nur deutlich zu machen, da ist 'n Thema, über das wir auch
219 reden könn//, aber wir müssen beide sehr vorsichtig damit umgehen, ja.
220 Das kann man alles tun. Wie es dann weitergeht, also, wie inhaltlich, also
221 jetzt auch Beispiel hier. Wir ham drei Gruppentherapeutinnen, das sind
222 drei Frauen. Hier sind überwiegend Bewohner, männliche Bewohner.
223 Wenn's da um sexuelle Dinge geht, muss es, also muss klar sein, bis hier
224 hin und nich// weiter, ja, sonst kippt das Ganze in 'ne Richtung, wo's gar
225 nich// hin soll. Das heißt, dann kann man eher parallel was organisieren.
226 Es gibt tüchtige Fachleute, die so was können und wo man das dann
227 ambulant parallel laufen lässt, damit dass ausgegrenzt wird, ohne,
228 zumindest wenn die, ich sag mal so, jung auch sind. Ich sach mal so, so
229 subpsychotisch sind oder dreimal in den Himmel fahr'n, auf Deutsch
230 gesagt, die dann auch sexualisierte Themen beinhalten. Die bieten immer
231 wieder sone, sone Themen dann auch an, wo es wichtig ist, vorsichtig
232 daran zu gehen und auch deutlich zu machen: „bis hier hin und nicht
233 weiter, ja, das könn// wir beide jetzt so nich// bearbeiten“, Punkt. Da muss
234 man, wir gucken das unsere Verantwortung, wo findet derjenige 'n Raum,
235 wenn es, wenn wir's für nötig halten. Aber auch da geht's um Nähe und
236 Distanz. Das heißt, die Bewohner, viele kommen ja auch distanzlos an,

237 so wie vielleicht zuhause, mit Hey und Hallo und Pipapo. Die müssen von
238 uns natürlich klarerweise Signale bekommen, deshalb siezen wir hier alle.
239 Ich kenn das aus Drogentherapiezeiten, da war das Du üblich. Ich hab//
240 in der Einrichtung darauf bestanden, als Leiter allerdings konnte ich mir
241 das erlauben, dass die beim Sie geblieben sind, bin, obwohl das Team
242 sich geduzt hat mit den Leuten. Ganz bizarre Situation. Das funktionierte
243 ausgezeichnet. Patienten war das überhaupt kein Thema. Wir ham,
244 warum, die ham mich immer wieder auch gefragt: "Warum?", hab ich den
245 klargemacht: „Es geht nicht darum, dass ich mich feiner fühl als andere
246 oder sonst was, sondern wir ham ‘ne Arbeitsbeziehung zueinander und
247 keine private Beziehung. Wenn ich ‘ne private Beziehung hab, duz ich
248 mich mit den Leuten, auch mit den Kollegen. Es ist zwar ‘ne
249 Arbeitsbeziehung, aber es ist ‘ne kollegiale Beziehung. Wir sind keine
250 Kollegen, wir sitzen nicht im gleichen Boot“, so hab// ich den das erklärt.
251 Die meisten ham’s verstanden. Ich wurde dann, die Hintergründe, sach
252 ich mal, sind jetzt egal, da gab’s sehr viel Dynamik in der Klinik, ich wurde
253 dann genötigt, von meinem Vorgesetzten, auch zum Du überzugehen.
254 Das war gar keine dramatische Erfahrung, ich hab gesagt: "Ok, wenn’s
255 denn da, ich find’s nicht richtig, aber wenn’s dann so ist, dann ist das so".
256 Ich hab// dann also auch mal die andere Erfahrung gemacht, wie’s ist, mit
257 den Patienten sich zu duzen. Letztendlich ging das auch, ja. Es hat für
258 mich immer ein Beigeschmack gehabt. Aber jemanden zu duzen, zu dem
259 ich eigentlich, sach ich mal, gar keine, erst mal, private Beziehung hab//.
260 Aber ok, wenn man nach Skandinavien guckt, da ist das auch anders. So
261 hat man sich das denn übersetzt und dann hab ich gedacht: "Ok, soll mir
262 dat alles wurscht sein". Als ich hier die Leitung übernahm// hab//, also
263 sozusagen in meiner Einrichtung, sach ich mal, da war für mich das ohne
264 Frage klar, wir bleiben, wir gehen zum Sie zurück, wir siezen die Leute.
265 Das halt// ich auch für professioneller und siezen heißt auch, das die
266 Zivis, das sind ja altersmäßig auch jünger, wie unsere Bewohner, die
267 kriegen gleich die Vorgabe: „Auch ihr siezt die Leute, die müssen euch
268 siezen“, ‘n ja. Auch da muss deutlich sein: “ Ihr gehört im weiteren Sinne
269 mit zum Team, ihr arbeitet hier und macht euren Job und das andere sind
270 die Bewohner. Die dürfen sich gerne alle untereinander duzen, das is//

271 auch normal, is// auch alles ok, aber ihr bleibt bei dieser, dieser
272 Begrenzung, also Nähe, Distanz“. Das is‘n Thema, das ist vielfältig. Also,
273 ‘ne, in der Therapie, im Umgang mit‘nander in der Beziehungsgestaltung
274 und das muss man lernen. Also, dass muss man lernen. Kommt auch zu
275 Übergriffen manchmal. Also grade Therapeuten, die noch über wenig
276 Erfahrung verfügen, machen dann, gut gemeint, ja, grad an der Stelle
277 Fehler, ja. Also was weiß ich nicht, jemandem die, die Haare zu
278 schneiden mit dessen, mit dessen Maschine, geht natürlich gar nich//,
279 geht gar nich//. „Ja, ich hatte Zeit, es war am Wochenende“, was weiß ich
280 nich//. Mir standen die Haare zu Berge, als ich das hör//. Macht derjenige
281 nie wieder und das war eine Erfahrung, das war eine Erfahrung wo der
282 blind, in dem Sinne, gedacht hat: „Ach ist doch kein Thema, kann ich
283 doch machen“. Geht nich//. Bewohner anzufassen, ja, im Arm zu nehmen
284 oder zu tätscheln oder was weiß ich nicht, geht nich//. Gut gemeint und
285 wenn jemand vor einem sitzt und heult wie‘n Schlosshund und was weiß
286 ich nicht, natürlich kann man da denn Impuls haben, den trösten zu
287 wollen, aber das muss man anders machen. Das muss man professionell
288 machen und nicht wie wir das so untereinander mit, mit Freunden,
289 Bekannten, Familienan//, ne. Das sind wichtige Dinge.

290
291 **F:** Ok. Denn erzählen Sie mir doch bitte etwas über die Suchterkrankung,
292 also über die Erfahrung, die Sie mit der Suchterkrankung von den
293 Klienten gemacht haben.

294
295 **D:** Was meinen Sie damit genau?

296
297 **F:** Also speziell, die Frage ist ja sehr offen, also speziell Umgang mit
298 Suchtrückfällen, Umgang mit Suchtdruck der Klienten.

299
300 **D:** Also Umgang mit, mit Suchtrück//, Suchtmittelrückfällen ist bei uns
301 insofern klar geregelt, geregelt, indem wir ausschließlich
302 Einzelfallentscheidungen treffen, ja. Es gibt keine gelbe Karte, keine rote
303 Karte oder Punkte oder sonst was, is// alles Quatsch, sach ich mal, weil
304 Rückfall ist nicht gleich Rückfall, erst mal muss man Rückfall definieren.
305 Rückfall würde ich definieren als ein erneuter Suchtmittelkonsum, bei

306 letztendlich aber doch angestrebter Abstinenz. Die Leute wollen weiterhin
307 abstinent bleiben, haben aber trotzdem wieder konsumiert, obwohl sie's
308 eigentlich nich// woll'n. Das kann oft so verschiedene Gründe haben,
309 Überforderung, Belastung, Probleme, könnten viele Gründe haben und
310 das muss man sich genau angucken, damit derjenige auch draus lernen
311 kann und was kapiert an der Stelle. Es kann aber auch sein, das jemand
312 aus Jux und Dollerei hier rückfällig wird und vielleicht gar nicht abstinent
313 motiviert ist, weil der Außendruck dazu geführt hat, jetzt hier zu sein.
314 Viele finden viele Worte, grad im Erst//, im Zweitgespräch. Wenn die dann
315 hier sind und merken, sie soll'n was machen, sie müssen was tun, dann,
316 ja, steh'n sie immer vor der Entscheidung, zieh ich mich nun mal hierin
317 oder nich//, ja, gut. Das geht. In der Regel wird das dann deutlich, ob
318 jemand hier was will oder nich//. Kann aber auch sein, was, das macht
319 man längeren Phase so was wie 'ne Therapiemüdigkeit eintritt. Dann
320 kommt jemand wieder auf dumme Gedanken oder verkehrt wieder in
321 alten Kreisen oder is// ja alles möglich. Da ist nun wichtig, im Nachhinein,
322 mal genau hinzugucken, was ist da gewesen. Wenn jemand Suchtmittel
323 mit ins Haus nimmt, fliecht der raus. Wenn jemand versucht hier 'ne Party
324 zu geben, fliegt der raus. Also da fackeln wir dann auch nich//, gar nich//
325 und das danken uns die Bewohner sehr, dass wir diesen cleanen, diesen
326 abstinenten Rahmen, als Basis unserer Arbeit, ganz ganz hoch halten.
327 Also wenn sie 'ne Suchtgruppe machen und mit den Leuten fragen,:"Was
328 is// denn wichtig an seiner Einrichtung wie diese?", sagen die als erstes:
329 "Kontrollen sind wichtig, der abstinente Rahmen, der muss kontrolliert
330 werden, weil wir kriegen das oft nich// hin allein" und das ist ganz ganz
331 wichtig und deshalb, wenn jemand rückfällig geworden ist und, ich sach
332 mal, einrichtungsnah rückfällig geworden ist, vielleicht intoxikiert hier in
333 die Einrichtung gekommen is// oder solche Geschichten, dann nehmen
334 die anderen Bewohner das als direkte Bedrohung für ihren absti//, für
335 ihren cleanen Status vor allen. Das ist 'ne direkte Bedrohung für die.
336 Insofern neigen die Bewohner dann auch zu eher drastischeren
337 Konsequenzen als wir im Team das machen, weil wir natürlich versuchen
338 nach allen Aspekten gerecht zu werden, ne. Also dann, da würd ich
339 niemals den Bewohnern, sozusagen, die Entscheidungsgewalt in die

340 Hand geben zu sagen: "So, sollen wir ihn rausschmeißen oder nich//". Da
341 würden wir vielmehr Leute vor die Tür setzen, als wir das so tun und das
342 würd ich für verkehrt halten, ja, weil jeder, das ist nun mal nicht in der
343 Natur dieser Erkrankung, kann wieder rückfällig werden. Das is// so und
344 da is// nur wichtig genau hinzugucken damit der, derjenige auch die
345 Möglichkeit hat, aus diesem Fehler zu lernen und das zukünftig nicht
346 wieder zu machen. Das ist das Eine. Das Andere ist natürlich jetzt, das
347 Bezugssicherheit auf die, auf, na auf die stoffgebundene Süchtigkeit,
348 sach ich mal. Das andere ist ja das süchtige Verhalten, dass was die
349 Leute mitbringen an Konsumverhalten, an Bequemlichkeit, an Laissez-
350 faire und was weiß ich nich//, ja, an, ja wie soll ich das nennen, also da
351 sind ja oft schräge Sachen, die im Zusammenhang mit dieser jahrelangen
352 gelebten Sucht, so muss man sich das denn nennen, hier auch natürlich
353 deutlich werden. Die bring// die Leute mit. Das legen die nicht vorne an
354 der Tür ab, das könn// sie gar nich// und da ist natürlich wichtig, den das
355 deutlich zu machen und das ist oft natürlich auf Seiten der Bewohner mit
356 Widerstand verbunden, is// klar. Die woll'n das nich// sehn, im Gegenteil,
357 da halten sie oft fest, sicherlich auch aus noch so'ner innreren
358 Ambivalenz, die sicher// bei den meisten noch gegeben is//. „Will ich
359 eigentlich nun wirklich abstinent leben oder nicht doch?“ Wie auch immer,
360 anders als vorher, aber doch weiterkonsumieren. Die meisten könn// sich
361 ja gar nicht vorstellen ohne Suchtmittel zu leben, ja. Für die ist das 'ne
362 Bedrohung, ne. also die Vorstellung, ich kann nie wieder was trinken oder
363 kiffen oder sonst was. Das müsste, wie für die, auf 'ner Beerdigung
364 ausseh'n. Kein Spaß, keine Freude und so keine Party mehr und all diese
365 Dinge. Das ist ein Erfahrungsprozess. Die Leute merken, ich kann Spaß
366 haben, ich kann witzig sein, albern sein, das darf ich hier auch, weil das
367 geht alles auch ohne Drogen. Wir machen Feiern, wir ham auch'n
368 Sommerfest. Das sind immer nette Veranstaltungen oder Sylvester hatten
369 wir schon mehrfach hier gefeiert. Das kann alles sehr nett werden, aber
370 das ist für die Bewohner natürlich erst mal 'ne neue Erfahrung, ne. Das
371 muss man mit den gemeinsam leben, also süchtiges Verhalten. Aber wir
372 sind trotzdem, na, wie soll ich das nennen, diese die, nochmal zu diesem
373 Spagat zurück, ja, psychische, Psychose. Die Meisten ham 'ne Psychose,

374 wo's natürlich wichtig ist, da auch jemanden, ja, 'nen beschützenden
375 Rahmen zu geben und so weiter. Auf der andren Seite ist es überhaupt
376 kein, kein Gegensatz, obwohl es danach klingt, sehr klar und konsequent
377 jemanden gegenüber zu treten, der sozusagen wieder auf der Tastatur
378 der Sucht spielt, wenn man so will und dem das auch so zu
379 verdeutlichen, ja. Da gibt es sozusagen kein Schonraum oder Empathie
380 oder sonst irgendetwas und klappt's mal: „So geht's nich//, ja und so
381 spring sie hier nich// um' Platz“, also solche Sachen. Das bedeutet gar
382 nicht das man ständig, sozusagen, die Mütze wechseln muss in dem Job,
383 ja. Also mal bin ich so, mal bin ich so. Das lässt sich mit'nander in
384 Einklang bringen. Aber Basis, damit das funktioniert, ist eben die
385 Beziehung, die da sein muss. Wenn sie Leute nich// erreichen, dann
386 könn// sie einpacken, schlicht und ergreifend. Dann fruchtet das auch
387 nich//. Also, sowohl hinsichtlich, also weder hinsichtlich der einen Seite,
388 noch der andren Seite und das ist ein Erfolg, den kenn ich aus Kliniken,
389 wo ich vorher gearbeitet hab//. Also erstmal 'ne Beziehung schaffen zu
390 den Leuten, 'ne vertrauensvolle Beziehung und dann gemeinsam [UNV:
391 ETWA: zu umsorgen]. Was könn// wir Beide sozusagen, da, ja, auf'n Weg
392 bringen. Machen muss der Bewohner, das ist klar, aber der Rahmen und
393 die Struktur müssen von uns kommen und Anstöße und Ideen und so
394 weiter, das ist alles klar. Also ist unser's immer natürlich immer das
395 schwerste und dazu gehört natürlich auch Geduld mit, Geduld aufbringen.
396 Vieles braucht Zeit. Die Bewohner sind eingeschränkt, sind verlangsamt,
397 ja, sind nich// immer die Hellsten, ich sach das mal so. Auch das muss
398 man mit berücksichtigen. Viele haben kein Schulabschluss oder mit Ach
399 und Krach oder wie auch immer. Sind also intellektuell auch nicht so fit,
400 dass man erwarten kann, da fällt immer gleich der Groschen, wenn mal
401 irgendwas, was schlaues da besprochen hat. Das braucht Zeit, und da
402 komm// die Gespräche mit den anderen Bewohnern dazu, ist immer gut
403 wenn jemand, ich sach mal, wenn die Gruppe relativ heterogen in dem
404 Sinne, ist, das schon einige Ältere da sind, die für sich schon Praktikum
405 machen. Das heißt, auch Erfolg vorzuweisen haben, sie sind weiter
406 gekommen. Sie könn// beschreiben: „Ich krieg was auf die Reihe, das
407 fühlt sich gut an, ich bin auch'n Stück stolz“, solche Sachen. Das steckt

408 an. Das steckt an und das ist für die Bewohner natürlich, die dann noch
409 eher hier im Anfang schon sind auch 'n Stück, ja, nachahmungswürdig,
410 weil die merken: „Mensch, das lohnt sich offensichtlich doch“. Dieses
411 auch immer wieder, dieses Mühsame hier in Kauf zu nehmen, immer
412 wieder austragen und eintragen und pusten und, ne, pünktlich sein und
413 die Therapeuten sind immer genau, ja, und das nervt ja auch, is// ja klar.
414 Die ganzen Vorschriften und Regeln und das jeden Tag zu leben, weiß
415 ich nich//, bringt nicht nur Spaß. Is// ja auch nachvollziehbar, ne. Aber
416 wenn da, sozusagen, Vertrauen da is// und 'ne Basis da is// wo man
417 immer wieder dann auch sich zusammensetzen kann und dafür Worte
418 erfinden kann, ja. Wenn, wenn jemand auch sagen kann: "Ich kann auch
419 nachvollzieh'n das sie irgendwo auch mittlerweile kein Bock mehr haben,
420 ja, auf Therapie auf Regeln und Vorschriften und sagen, am liebsten würd
421 ich morgen in die eigene Wohnung zieh'n, ne. Das Problem is//, es würd
422 nicht funktionieren, Sie kriegen's noch nicht gebacken" und dann
423 gemeinsam mal hin zu gucken, so, was fehlt denn eigentlich, ne, also.
424 Deshalb ist es auch ganz wichtig nicht irgendwelche Fernziele zu
425 definieren, das ham die meisten, ne, ist klar, so wie wir unser normales
426 Leben vorstellen, tolle Wohnung und tolle Frau und der Job und 'n Auto
427 und Urlaub, das ist ja alles ok. Aber da hinzukommen ist ein sehr sehr
428 weiter Weg für die meisten und der dauert viele viele Jahre. Das heißt,
429 man braucht Etappenziele, ja. Also irgendwo noch erreichbare
430 Etappenziele, damit man dann auch erfolgreich sein kann als Prüfung
431 und dann weiter zu gehen und so funktioniert das letztendlich und das ist
432 natürlich genau das Gegenteil. Wir komm// mal vom süchtigen Verhalten.
433 Ich kenn// kein Süchtigen, der geduldig is//, ja. Das schließt sich aus, ne.
434 Das geht immer um, ums Hier und Jetzt und Gleich, ne und nicht
435 übermorgen kannst du 'n Stoff bringen, das interessiert kein, sondern
436 jetzt oder in der nächsten Stunde und das ist 'n Lernprozess, der für die,
437 für viele ziemlich mühsam is//, ja. Also Geduld aufzubringen, abwarten zu
438 können, bis sich auch dann Erfolge einstellen oder sich was gut anfühlt,
439 auch wenn alle andern sagen: "Das kommt, brauchen wir", das hilft dann
440 erst mal wenig. Also von daher ist Geduld und Etappenziele, sind auch
441 ganz wichtig.

442

443 **F:** Und das war jetzt, also jetzt ham wir einmal über die Suchtseite
444 gesprochen. Sie ham auch schon bisschen was über die psychischen
445 Erkrankungen angesprochen. Wie kann ich mir selber den Einfluss der
446 psychischen Erkrankungen auf die Beziehung zu den Klienten vorstellen?
447 Welchen Einfluss denn da speziell die psychischen Erkrankungen?

448

449 **D:** Also die Meisten ham ja hier 'ne Psychose, eine Schizophrenie. Fast alle
450 kriegen Medikamente, die ham natürlich Nebenwirkungen. Das heißt,
451 viele sind ein, also erst mal gibt's die, klar die Symptomatik. Also Primär-
452 und Sekundärsymptome. Das heißt, die Leute sind eingeschränkt, die
453 sind antriebsgemindert, all diese Dinge. Die Meisten haben mit vierzehn,
454 fünfzehn angefangen zu kiffen, das geht natürlich auf die Birne. Dat heißt
455 dann Zukunft, die könn// sich schlecht konzentrieren, die könn// sich
456 schlecht Sachen merken und all diese Dinge. Das spielt da alles mit rein.
457 Das is// wichtig einmal im Hinterkopf zu haben und jemand nicht zu
458 überfordern. Das heißt, das was unsereins, sozusagen, eher leichtfällt, ja,
459 zu sagen, wo ist das Problem, das kann sehr großes Problem sein, für
460 jemand der, also, so schwer psychisch krank is//. Kann auch sein das
461 noch der so präpsychotisch sind, noch Stimmen hören, Filme fahren wie
462 die [GESPRÄCHSSEQUENZ WAR NICHT ZU VERSTEHEN], spacig
463 sind, ja. Das, das hat ja bestimmte Konsequenzen. Wir ham neulich, die
464 sind so schwer psychisch krank gewesen oder sind so schwer, die steh'n
465 vorm Schrank und soll 'n eigentlich ihre gewaschenen Klamotten
466 einsortieren und wissen nich// was sie machen soll 'n, ja. Klingt heftig,
467 aber gibt es alles. Das sind Einzelfälle. Die meisten sind fitter, aber auch
468 das kommt vor und dann ist es natürlich wichtig da nicht barsch zu
469 reagieren und zu sagen: "Seh'n Sie mal zu, es gibt gleich Mittag",
470 sondern erst mal zu gucken, ja der kriegt das nich// hin und dann die
471 Geduld aufzubringen, mit ihm gemeinsam das zu, einzuüben, das er's
472 vielleicht irgendwann alleine hinkriecht. Das gibt auch ein spannendes
473 Feld, sag ich mal. Weil die Psychose, Psychose ist ja nicht nur, im Sinne
474 von Krankheit einzuschätzen, sondern Psychose hat auch ein gewissen
475 Reiz, grad in Verbindung mit Drogen. Viele ham ja auch Drogen

476 konsumiert um bestimmte Erfahrungen zu machen, die sie sonst nicht
477 gemacht hätten. Ja und können das auch toll beschreiben, also was weiß
478 ich nicht, LSD konsumiert oder ähnliche Sachen. Da ging die Post dann
479 teilweise richtig ab. Das is// ja auch positiv besetzt. Das heißt, die ham
480 erst mal Drogen konsumiert, ham Erfahrung gemacht, die ja auch
481 psychosenah gewesen sind, wussten die damals noch gar nicht, ham
482 dann die Psychose gekriegt und damit letztend// sich 'n Problem
483 eingefangen, wo sie erst mal kapieren müssen, was das heißt, ja. Das
484 geht ja einfach nicht wieder weg. Die Leute, die hier sind, haben keine
485 drogeninduzierte Psychose, die dann wieder verschwindet, sondern die
486 ham nun mal die feste Psychose und müssen lernen, damit zu leben.
487 Aber auch dieser, der Teil, der letz// richtigen Psychose, in
488 Anführungsstrichen, hat natürlich für einige immer noch was
489 verführerisches, ja, sich in anderen Sphären zu bewegen, ja. Das heißt,
490 da gibt's 'n Teil, da halten sie auch an der Psychose fest und auf der
491 einen Seite zu lernen, ja, mit der Psychose klar zu kommen, eigentlich
492 weg von der Psychose zu kommen, ja, wieder möglichst realitätsbezogen
493 zu leben und auf der anderen Seite, aber zumindest teilweise an dieser
494 Psychose festhalten zu woll'n. Das geht nicht, das funktioniert nich//, die
495 Rechnung geht nicht auf. Auch das ist 'n Lernprozess für viele, das sie
496 erst mal verstehen müssen, ich muss mich entscheiden, ja. Will ich,
497 sozusagen, genauso wie ich ein abstinentes Leben an//, anstrebe// auch,
498 letztendlich ein psychosefreies Leben, ein realitätsbezogenes Leben
499 führ'n, oder will ich nach wie vor auch daran festhalten, weil es eben auch
500 mit, was weiß ich nicht, Spaß ist jetzt nicht das richtige Wort, aber mit mit
501 faszinierenden Dingen zu tun hat. Leute, die dann hier anfangen und
502 sagen: "Ich schreib jetzt'n Buch" oder solch//, ist meistens was dahinter,
503 ja. Auch das unsere Bewohner oft genau die Filme seh'n, wo wir sagen
504 würde: "Also das ist nun genau das Verkehrte". Das hat ein Grund, das
505 machen wir nich// aus Jux und Dollerei, ja, sondern da, da kommen
506 solche Sachen zum Ausdruck und dem dann ein Bewusstsein darüber zu
507 vermitteln, dass es aber nicht gut ist für sie und auch die Frage natürlich
508 zu thematisieren: "Warum machen Sie's trotzdem" oder "Warum ham
509 Sie's trotzdem gemacht?". "Was ist das eigen//, was diese Faszination?".

510 Das ist nicht ganz einfach dafür Worte zu finden, ja. Aber das ist natürlich
511 ein wichtiger Teil und das dauert manchmal, bis jemand für sich klar wird:
512 „Ok, ne, ich will, ich will doch, ich mach jetzt mein Praktikum und dann
513 geht es um die Sachen, die da ansteh'n und nichts andres und abends
514 gucke ich mit an, ich sag mal, Stockfilme an, Horrorfilme oder sonst
515 irgendwas, sondern mach was, um zu Ruhe zu kommen, um mich zu
516 entspannen, um mich zu erholen, damit ich morgen wieder arbeitsfähig
517 bin“. Also, das braucht auch Zeit.

518

519 **F:** Hätten Sie jetzt, also Sie arbeiten jetzt, glaub ich, fünfzehn Jahre, sagten
520 sie, hier, ne?

521

522 **D:** Na hier, die, also die Einrichtung gibt's elf Jahre.

523

524 **F:** Elf Jahre dann. Wenn Sie jetzt nochmal zurückschauen auf Früher oder
525 so, welche Situation, an welche Situation können Sie sich am besten
526 erinnern oder welche Situationen haben Sie am meisten geprägt in der
527 Arbeit mit den Doppeldiagnoseklienten?

528

529 **D:** Welche Situationen?

530

531 **F:** Genau. Was für Sie vielleicht auch lehrreich war?

532

533 **D:** [INTERVIEWPARTNER/IN ÜBERLEGTE LÄNGER]

534 Es gibt immer wieder Situationen, wie soll ich das nennen, die sich
535 natürlich vom Alltagsgeschehen absetzten, aber so nicht so häufig sind
536 und auch was Besonderes haben. Aber ich kann nicht sagen das, das die
537 Situa//, also doch da fallen mir 'n pass, paar Szenen ein. Wir haben
538 leidvolle Erfahrungen mit Borderlinern, Persönlichkeitsgestörten form,
539 überwiegend gemacht. Wo wir gemerkt haben, den tun wir nicht gut, weil
540 wir zu sehr mit Beziehungen arbeiten. Das halten die nich// aus. Das ist
541 das Problem. Wir sind nett und ja, das ist alles gut, aber die, die kriegen
542 das nicht hin, für die ist das viel zu viel Nähe, auch wenn wir uns immer
543 noch aus professioneller Hinsicht abgrenzen. Aber die kriegen's nich// hin

544 und dann reagieren sie aus ihrer Not heraus und fangen an, wieder sich
545 zu schnippeln, ja. Dann seh// ich hier 'ne Frau mit, also wirklich heftig
546 blutendem Unterarm, die hatte sich kräftig geschnitten, ja, abends um
547 halb sieben, ich war alleine hier bis halb acht, dann kommt die
548 Nachbereitschaftskraft. Da kommt man schon in Schwung,
549 beziehungsweise muss sich sehr sehr zusammenreißen nicht in Schwung
550 zukommen, was ja grundsätzlich auch verkehrt is//, is// ja klar. Die musste
551 trotzdem ärztlich versorgt werden, das war mir von Anfang an klar. Aber
552 ich hab sie erst mal sich selbst verbinden lassen und solche Geschichten.
553 Das kriegte ich so gehändelt und später, als die Nachbereitschaftskraft
554 war da, hab ich die dann in die Klinik gebracht, da zur Notaufnahme. Das
555 ist so 'n, in Anführungsstrichen, 'en Highlight gewesen an Erfahrungen.
556 Gibt andere Situationen, was weiß ich nich//, wo's kurz davor war, dass
557 ich eins auf die Schnauze gekriegt hätte. Da ham wir jemanden vor die
558 Tür gesetzt. Das heißt, ich hab den vor die Tür gesetzt: „Herr [NAME
559 DES KLIENTEN], Sie packen ihre Sachen“. Der hat mit mir um zwanzig
560 Euro gestritten, weil er wollt Geld, um mit der Bahn nach Hamburg zu
561 kommen. Da hat er gesagt: "Nee, mach ich nicht, bleib ich hier" und was
562 weiß ich nich//. Hier war wieder Helden, zwanzig Euro in die Hand
563 gedrückt und alles war gut, dabei musste ich die Polizei anrufen. Das sind
564 ganz Ausnahmesituationen, ganz selten. Das sind aber nicht die Dinge,
565 wo ich, sozusagen, für die, für die alltägliche Arbeit jetzt bestimmte Dinge
566 jetzt gelernt hab. Die kommen vor, dort wird's auch immer mal wieder
567 was Neues geben. Das ist 'ne schwierige Frage, man kann sie eigentlich
568 nur personifizieren, im Bezug auf einzelne Bewohner hin, hinsichtlich
569 der, des Therapieverlaufs, ja, wo ich plötzlich merk, da tut sich was oder
570 es gibt auch Rückschritte, gibt's auch natürlich. Aber da passiert was und
571 das versuchen zu verstehen, das das sind so Erfahrungen die man
572 macht, Erfahrungswerte auch. Ansonsten würd ich dieses erfahr'n eher
573 auf die Arbeit mit dem Team bezieh'n, ja. Das heißt, das was wir da
574 immer wieder uns zurecht überlegen. Jeden Tag eine Stunde Team,
575 dienstags zwei, also viele Teamsitzungen, acht Stunden Teamsitzung,
576 dann vier Stunden Supervision im, im Monat, Konzepttage und alles
577 Mögliche. Das ist eigentlich 'ne, 'ne tolle Erfahrung, sach ich mal, weil die

578 Leute hier, die meisten jedenfalls, langjährig sind. Es gibt irgendwie so
579 von Anfang an, so wie ich dabei, was halt für sich spricht. Ich sag mal,
580 von, von neun, zehn therapeutischen Mitarbeitern, es sind noch mehr,
581 aber die sind eher, sach ich mal, am Rande, wie Verwaltung und
582 Hauswirtschaft und hier der Hausmeister und so, aber das rein
583 therapeutische Team, das gibt es schon sehr lange und das is// natürlich
584 auch 'n Prozess, wie man sich vorstellen kann. Aber wenn dieser Prozess
585 gut geht und das is// ja bei uns, ich sach das mal so, das heißt, wenn
586 auch da gegenseitiges Vertrauen und Wertschätzung gewachsen sind
587 und da sind, dann hat man natürlich auch 'ne tolle Sache, auch mal ganz
588 unorthodoxe Sachen therapeutisch machen zu könn//. Die kann man
589 sonst nicht einfach herzlich angehen, dazu braucht man 'ne Basis, ja,
590 und wenn die da is// und nich// immer wieder dann sozusagen nach
591 Schema F vorgehen, vorzugehen, weil das, sozusagen, dann der kleinste
592 gemeinsame Nenner in einem Team is//, dann hat man auch sehr
593 eingegrenzte Möglichkeiten, therapeutisch gesehen, oder jeder nutzt
594 seine und lässt es dabei benennen. Wenn da 'ne gemeinsame Basis
595 liegt, viel größere Basis da is//, da kann man ganz andere Sachen
596 machen und das bringt dann Spaß. Also das und also jetzt nicht nur unter
597 dem Spaßfaktor, sondern das die Arbeit eben auch Spaß bringen darf
598 und soll, sondern davon profitieren die Bewohner natürlich auch. Das
599 man 'n flexibles Team hat, das man, also das da ein Team is//, ja. Die
600 eben auch in der Lage sind, auch unorthodoxe Wege zu geh 'n, vielleicht
601 auch mal Neuland zu beschreiten, ja, solche Sachen. Also, das ist 'n
602 Prozess, der sich natürlich im Laufe der Jahre, durch parallele
603 Weiterbildungen, Fortbildungen und so weiter, so rauskristalisiert hat und
604 nun diese, ich sach mal, persönlichen Anomusitäten, die´s immer gibt, ja,
605 zwischen Menschen, die so dicht mit 'nander an//,zusammenarbeiten. Wo
606 die eigentlich zunehmend dann in den Hintergrund geraten. Also wo man
607 eben weiß, das is//, wer auch immer und der is// heut so und morgen is//
608 alles wieder gut und fertig und sich kein Kopf mehr macht oder keine
609 Supervision dafür braucht, ja, oder noch ein Zweiergespräch oder mich
610 als Chef anspricht und sagt: "Du muss mal mit dem reden", also das
611 genügt. Kenn ich alles. Aber wenn das nicht im Laufe der Zeit, und das

612 braucht Jahre, nicht Monate, wenn das nicht im Laufe der Zeit
613 irgendwann, sozusagen, bearbeitet is// und gutwillig von allen,
614 sozusagen, ja, gesehen wird, da is// man aus dem Größten raus. Das
615 seh// ich hier, Gott sei Dank und das sind so, da ist sehr viel
616 Wertschätzung. Das is//, also das sind viele Dinge, wenn hier die
617 Wochenenddienste, die Feiertagsdienste, ja, verteilt werden müssen,
618 auch kurzfristig, weil jemand krank geworden is//, muss jemand
619 einspringen. Da kann man, kann man immer sehr gut seh'n, wie, ja, wie
620 ist 'n Team drauf und da finden wir hier relativ schnell immer Lösungen,
621 ja. Die Lösung kann auch heißen, das ich was mach und nicht die
622 Andern. Das is// wichtig. Das heißt, da bin ich sicherlich auch 'n Stück
623 Modell und Vorbild, ja, oder setz da auch wichtige Zeichen die gesehen
624 werden, also.

625

626 **F:** Dann bin ich eigentlich schon in der letzten Frage. Warum arbeiten sie
627 mit Doppeldiagnosekunden zusammen?

628

629 **D:** Warum?

630

631 **F:** Warum.

632

633 **D:** Das hat sich so ergeben. Also manchmal kommt die Jungfrau zum Kinde.
634 Ich hab// also Psychologie studiert mit dem Schwerpunkt klinische
635 Psychologie. Das war schon klar. Ich, Organisations- und
636 Betriebspsychologie, das interessierte mich nicht, sondern schon
637 psychische Erkrankungen. Dann hab// ich paar Familientherapie-
638 Ausbildungen gemacht, also auch in die Richtung, im Grunde mit
639 systemischer. Ich hab// früher in Berlin 'ne Praxis gehabt, mit zwei
640 Kolleginnen, auch zwei Psychologen, ham wir, ja, Therapie mit Kindern
641 und Jugendlichen gemacht. Das war auch 'ne günstige Gelegenheit, ich
642 sach das mal so, da hab ich zugegriffen. Es wurde damals noch über
643 BSAG bezahlt, wo wir letztendlich die Möglichkeit hatten, an Kinder und
644 Jugendliche ran zu kommen, also dass es finanziert wurde und so ham
645 wir und letztendlich auf dieses Wagnis eingelassen, ja. relativ unbedarf//

646 haben wir uns dann bemüht, was Gutes zu tun und dann hab ich durch'n
647 Zufall die Gelegenheit bekomme//, mich neunundachtzig hier in der [NAME
648 EINER EINRICHTUNG] vorzustell'n, zum Gruppentherapeuten. Das war
649 'ne Suchtklinik, ja, erst mal 'ne Klinik, dann Suchtklinik. Von
650 Suchttherapie hatte ich keine Ahnung. Dann Gruppentherapie, von
651 Gruppentherapie hatte ich keine Ahnung. Das heißt, ich bin da als
652 Frischling angefangen und hab damals meine Erfahrung gemacht und
653 erst mal gelernt. Also, ne, learning by doing, wie man so schön sagt. Ich
654 hab da und natürlich nicht// von, von meinen Vorgesetzten oder Kollegen,
655 in erster Linie von den Patienten hatte ich gelernt, ja. Von denen hab ich
656 kapiert, was heißt das eigentlich, so süchtig zu sein, wie sie's geworden
657 sind, was bedeutet das, was steckt dahinter, womit hängt das zusammen,
658 was hat das für Auswirkungen und so weiter und so fort. Das hab ich
659 durch die Arbeit gelernt. Gut und ich sach mal auch, es, für'n Psychologe
660 liegen die Stellen nicht auf der Straße, das hat sich dann natürlich
661 zugegriffen um 'n festen Job zu kriegen. Ich hab dann da erst mal ganz
662 schön rudern müssen, um da im, im Sattel zu bleiben, von den ich das
663 mache. Da rollten sehr schnell die Köpfe, weil das war'n feste Gruppen,
664 also ein Aufnahmetag, ein Entlassungstag und wenn am Aufnahmetag
665 vierzehn Leute irgendwie gekomme// sind und am Ende nur acht da sind,
666 dann, ja, war der Stuhl ganz schön wackelig, auf dem wir gesessen
667 haben. Gut, ich hab das da auf die Reihe gekriegt, dann hab ich da, wenn
668 man so will, bin ich da die Leiter bisschen hochgeklettert, Bereichsleitung
669 übernommen. Dann hab// ich gewechselt in die Drogenklinik und ich hab
670 ein Zielwerk aufgeschrieben. Das war auch, wurde an mich ran getragen,
671 da brannte sozusagen die Hütte. Da hat das Team sich völlig zerfleischt,
672 wenn man so will und da wurde jemand gesucht der da, dass derjenige
673 da Ruhe wieder reinbringt und da wurde ich gefragt: "Willst das nicht
674 machen?, vorübergehend für ein halbes Jahr?". Am Anfang hab// ich
675 gedacht: „Ok, das is// 'ne Option, ich mach das mal, kann ich immer noch
676 gucken“. Das war quatsch, das war'n Sprung, also, ja. Wenn man sich
677 auf so was einlässt, dann rück'n, rücken hinter einem sofort die Stühle,
678 das is// so. Aber nichts desto trotz, hab ich's nicht bereut, weil mich hat
679 auch die Erfahrung mit den Drogenabhängigen, ich hatte ja vorher mit

680 Alkoholabhängigen gearbeitet und das ist ein ganz anderes Klientel, ja,
681 ganz andere, ganz andere Leute und da hab ich sehr sehr viel gelernt. In
682 diesen viereinhalb Jahren, die ich das gemacht hab und da hab ich auch,
683 letztendlich, die ersten Kontakte zu Doppeldiagnosepatienten bekommen,
684 weil ich schätz mal, zehn bis fünfzehn Prozent der Leute hatten da 'ne
685 Doppeldiagnose. Wurden aber letztendlich nur, na, medikamentös
686 abgeschossen und war'n nicht in der Lage die, diese harte
687 Drogentherapie regulär zu durchlaufen und wir hatten eher ein schlechtes
688 Gewissen, nach dem Motto, kann man eigentlich gar nicht machen, weil
689 die Leute kriegen nicht die Hilfe, die sie brauchen. Da hat// ich kein
690 Einfluss drauf, aber das hab ich natürlich erfahren und von daher, als ich
691 hier dann diese Stelle für die Leitung krieche und das war alles, das war
692 hier noch 'ne Baustelle und es gab noch eigentlich kein Konzept. Es gab
693 so Vorstellungen, ja, dass es da 'n großen Kreis von Betroffenen gibt, die
694 auch 'ne spezialisierte Hilfe brauchen, aber es gab wenig konkrete
695 Vorstellungen, was das heißt. Da hab ich erst mal vieles mitgenommen,
696 weil es sich eben auch um nich//, also nicht nur, in zweiter Hinsicht, um
697 Suchmittelabhängige halt und Drogenabhängige um von den Drogen weg
698 zu kommen halt. Das heißt, da konnte ich vieles aus dem Konzept
699 mitnehmen, was Struktur, was Wochenplan anbelangt, was die ganzen
700 Hausregeln, die Hausordnung anbelangt und so weiter und so fort. Das
701 war klar. Ansonsten war natürlich, grad der zweite Teil, wo's geht um die,
702 um die psychische Erkrankung geht, da ham wir natürlich auch
703 letztendlich gemeinsam hier unter den Kollegen unsere Erfahrungen
704 machen müssen. Was ist zumutbar, was nich// und das muss man
705 ausprobieren und sehr genau hingucken, wen wir da überfordern oder
706 unterfordern, das gibt's auch. Aber in erster Linie am Anfang überfordern,
707 ja. Überfordert bedeutet, dreimal Gruppentherapie macht Sinn. Das ist für
708 unsere Leute hier zu viel. Kann man machen, aber es bringt nicks. Auch
709 anderthalb Stunden, neunzig Minuten, eine Gruppentherapie dauer//
710 neunzig Minuten, das war wirklich so. Das geht nich//. Ne Dreiviertel//,
711 also Dreiviertelstunde ist Satz, aber in der Regel ist dann auch gut. Es
712 gibt Gruppen, die sind besser drauf, da kann man 'ne Stunde, manchmal
713 auch länger, aber dann sind viele auch, wirklich dann auch k.o.. Da würd//

714 es kein Sinn machen, sozusagen, das Programm durchzuziehen, wenn
715 Leute damit auf der Strecke bleiben.

716

717 **F:** Ja. Damit bin ich eigentlich schon am Ende. Hab// ich irgendetwas
718 vergessen was Sie gerne noch mit ansprechen möchten zu dieser
719 Thematik?

720

721 **D:** Nein

722

723 **F:** Super. Dann danke ich Ihnen für das Interview.

724

Transkription von Interview E

1 **F:** Durch Deine langjährige Arbeit hast du viele Erfahrungen im Umgang mit
2 Doppeldiagnoseklienten sammeln könn//, seit
3 neunzehnhundertneunundneunzig. Beschreibe mir doch bitte, wie Du
4 deine Beziehung zu Doppeldiagnoseklienten gestaltetest.

5
6 **E:** Oje, das ist nun wirklich 'ne sehr offene Frage. Ich glaube, ich würde erst
7 mal nich// anders an die ran gehen als an andere Patienten. Also, wenn
8 ich jetzt wüsste es sind nur suchtkranke oder nur psychisch Kranke. Das
9 Entscheidende is// ja hier, dass man so `ne enge Beziehung zu den
10 aufbaut, weil man sie ein Jahr lang begleitet, ne. Das is// ja das, das
11 Entscheidende und das man sie halt regelmäßig sieht und das ich mich
12 schon drum bemühe, speziell im Einzelkontakt, einfach 'n engen und
13 vertrauensvollen Kontakt aufzubauen zu denen und den deutlich zu
14 machen, ich bin sozusagen wirklich verbindlich und in allen Bereichen auf
15 ihrer Seite, is// sozusagen, sie unterstützen will, also diesen Fokus
16 wirklich auf alle Bereiche zu beleng//, zu lenken. Das is//, glaub ich, das
17 Besondere im Gegensatz zu Psychiatrie oder im Gegensatz zu
18 Beratungsstellen, wo ja häufig immer gesagt wird: " Man bezieht sich nur
19 auf einen Bereich, wo man die Patienten begleitet und berät" und das is//
20 ja wirklich so, dass wir im Grunde genommen Mädchen für alles sind und
21 ja fast alles mit denen zum Thema macht. Egal is//, ob es jetzt die
22 Körperhygiene is// oder ob es die Beziehung zu Mama und Papa is// oder
23 ob es die Regelung der Finanzen is//, ja. Also, dass was wir im Prinzip
24 hier ja vermitteln is//, wir wollen alles über sie wissen, wir wollen alles mit
25 ihnen zum Thema machen und auch mit ihnen wohlwollend, aber
26 trotzdem auch kritisch, beleuchten. So und das, glaub ich, is// so das
27 Besondere. Insofern ist die Beziehungsgestaltung hier zu unsern
28 Patienten, zu meinen Patienten, einfach von erster Linie dadurch
29 gekennzeichnet, das ich versuche den zu vermitteln, ich möchte sie von
30 allen Seiten her kennenlernen und möchte sie von allen Seiten her, eben
31 da wo's nötig ist, Unterstützung, Begleitung anbieten.

32

33 **F:** Großes Thema ist ja immer Nähe, Distanz. Inwieweit würdest Du
34 beschreiben, grenzt Du dich ab in der Beziehung oder inwieweit lässt Du
35 Nähe zu?

36

37 **E:** Also Nähe entsteht ja automatisch schon das, dadurch dass die ja was
38 von sich erzählen und jeder erzählt was, auch diejenigen die sagen: "Ich
39 will nich// so viel erzähl'n", teil'n sich ja mit und nich// nur erzähl'n, im
40 Sinne von, über die Biografie sprechen und im Sinne von, überhaupt über
41 sich sprechen, sondern wir bekomm// sie ja auch im Alltag mit. Wir zahlen
42 denen Geld aus, wir kontrollieren Ein- und Ausgänge, wir sitzen bei
43 denen mit bei Tisch und essen mit denen, wir suchen sie in ihren privaten
44 Räumen, wenn man so will, ihren gemieteten Zimmern hier auf und
45 sehen dann auch, was weiß ich, wir sehen das Foto an der Wand vom
46 Neffen oder von der Patentante oder was auch immer und komm//
47 darüber ja auch ins Gespräch. Das heißt, wir suchen auf der einen Seite
48 auch Nähe. Also, Nähe stelle ich her indem ich, zeige denen ich hab
49 Intress//, Interesse an ihnen und an ihrer Vergangenheit und an dem was
50 sie interessiert, was sie in bew//, was sie bewegt, was sie beschäftigt,
51 worüber sie nachdenken, was sie freut, was sie nich// freut. Was, ja,
52 letztendlich wo der Schuh drückt und in der Art und Weise, wie ich das
53 zum Ausdruck bringe, glaub ich, kriegen die Patienten, stell'n die ja auch
54 'ne Nähe zu mir her und stell'n ja auch fest: "Aha, Sie fragen ja immer
55 komische Sachen", oder "Sie fragen was ganz anderes als [NAME VON
56 MITARBEITER/IN] oder Frau Sowieso", ja. Das heißt, die bekomm// uns
57 in unsern Eigenheiten auch mit oder die bekomm// mit, was weiß ich,
58 [NAME EINER KLIENTIN] sagt zu mir: "Ach, ich hab schon gemerkt, dass
59 Sie wieder aus 'm Urlaub zurück sind, der Kühlschrank is// wieder so und
60 so". Ne, weil ich räum immer den Kühlschrank auf und mach den
61 Untersten auf und hin und her, ja. Das heißt, die kriegen auch mit, wie
62 ticken wir und worauf legen wir als Person wert. Was is// so unsere
63 Individualität, das kriegen die auch mit oder die wissen, aha, was weiß
64 ich, beim Geld is// [NAME EINER MITARBEITERIN] immer besonders
65 penibel, aber bei den Brötchen guckt sie nich// so genau hin oder sonst

66 was. Das heißt, die wissen schon auch wo, wie wir persönlich sind und in
67 'em gewissen Maß, also was diesen Alltag hier angeht, find ich das auch
68 gut und richtig. So und sag ich auch immer: "Ja, das gehört dazu, das is//
69 in jedem ander'm sozialen Gefüge auch so". Man hat auch immer
70 Menschen mit den man mehr Verbindung hat, mit den man sich vielleicht,
71 es is// ja wurscht ob man sich jetzt über Fußball unterhält oder über Musik
72 unterhält. Also, man hat so bestimmte Themen, die einen als Menschen
73 auch interessieren, egal ob Patient oder Therapeut und über die man
74 auch mal zwischendrin einfach redet, wo Verbindung entsteht und man
75 hat natürlich auch Bereiche, wo man sich abgrenzt natürlich, ja. Also,
76 wenn mir jemand jetz// zu persönlich kommt, also mich persönlich in dem
77 Sinne, also mich sozusagen, ja, zu sehr als Person anspricht, also zum
78 Beispiel ganz viel über mich privat wissen will, dann grenz// ich mich
79 natürlich auch ab und sage auch: "Nein, wir ham ja in dem Sinne hier".
80 Also ich grenze mich immer da ab, wo ich denke, dass 's wichtig ist, dass
81 die weiterhin im Blick behalten, wir haben 'ne Therapeut- Patienten
82 Beziehung und wir ham keine Freundin oder freundschaftliche
83 Verbindung und wir sind hier nich// von gleich zu gleich, sondern wir ham
84 'ne therapeutische Beziehung. Das heißt, in erster Linie bin ich dafür da,
85 für die ein offenes Ohr zu haben und nich// umgekehrt. Also, das is//
86 einfach wichtig, dass die auch verstehen, aha, dieses sich abgrenzen und
87 bestimmte Dinge nicht zum Thema zu machen, heißt auch Freiräume für
88 die Patienten hier, heißt auch wirklich den Anspruch zu haben, die Zeit,
89 die sie mit uns verbringen, soll ihnen dienen und nich/// mir, ne. Also,
90 wenn ich hierher komme, dann komm// ich nich//, damit die mich hier
91 lecker bekochen und damit die mich hier lecker unterhalten [LACHT] und
92 nett unterhalten und dies und jenes, sondern mein Job ist ganz klar hier,
93 die weiter zu bring// und die durch Rückmeldung, durch Spiegelung,
94 durch einfach hier sein und 'n Stück weit auch authentisch sein,
95 manchmal heißt es auch begrenzen, halt Stopp und sagen: "Halt Stopp,
96 jetzt, jetz// geht es nich//" oder "Jetz// is// irgendwas zu viel" oder "Jetzt
97 halten Sie mal inne und gucken Sie mal, warum ist das jetzt nich//
98 angebracht", ja, auch 'n Stück Begrenzung zu machen. Ich glaub// das
99 dieses Nähe- Distanz, is// 'n Kernstück der therapeutischen Arbeit, ne, so.

100 Das ist 'n Kernstück der Arbeit, weil natürlich grade die Menschen die hier
101 sind, grade süchtige Menschen, häufig Schwierigkeiten damit haben,
102 Nähe- Distanz überhaupt, also wahrzunehmen, zuzulassen. Also bei
103 Nähe ist es ja eher so, dieses Zuzulassen und bei Distanz is// es häufig
104 die mangelnde Distanz, die sie nich//, nich// als solche erleben, ja. So, wo
105 sie sagen: "Was hat die denn, ich werd// doch mal fragen könn//, ne". So
106 mangelnde Distanz kann sowohl körperliche Distanz sein, das manche
107 Patienten ei'm auch zum, körperlich zu nahe kommen, als auch dieses,
108 das sie vielleicht kein Gespür dafür haben oder wenig Gespür dafür
109 haben, wo was hin gehört, wo was hin passt, ja. Also, ja, insofern glaube
110 ich, dass das immer wieder ein ausbalancieren is//, für ein selber und
111 natürlich in der jeweiligen, im jeweiligen Kontakt auch, so und dass, das
112 nich// sowas sa is// wo man sagen kann: " Ja so verhalt// ich mich als
113 Therapeutin immer, jedem Patienten gegenüber", sondern das is// auch
114 immer 'n Stück ausbalancieren. Das is// schon so, dass ich bei manchen
115 Patienten offener bin, mehr auch erzähle und auch erzähle mit 'nem
116 bestimmten Hintergrund. Also dass ich sage: "Ich erzähle Ihnen das zum
117 Beispiel von mir, weil ich mir das und das für Sie davon erhoffe und weil
118 ich Ihnen damit deutlich machen will, aha, das is// etwas, was vielleicht
119 jeder auch kennt und was auch wir als Therapeut/, Therapeuten kennen“
120 und bei andern Patienten würd// ich das vielleicht nich// machen, weil ich
121 denk mir so, mh, der hätte Schwierigkeiten das aufzunehmen oder in die
122 richtige, sozusagen in dem richtigen Bereich einzusortieren. Ja also auch
123 das is// sozusagen immer, ja, es is// 'n Balanceakt auch.

124 [GESPRÄCHSEQUENZ WAR UNVERSTÄNDLICH]

125

126 **F:** Du hast ja jetzt schon einiges angesprochen, jetzt zur nächsten Frage,
127 was sind Deiner Meinung nach oder wären für Dich wichtige
128 Voraussetzungen für eine gute Beziehungsarbeit zu
129 Doppeldiagnoseklienten? Einmal von einem als Person oder vielleicht
130 auch geseh'n von der Institution her oder von der Einrichtung her?

131

132 **E:** Wichtige Voraussetzungen?

133

134 **F:** Ja.
135

136 **E:** Ja, muss ich mal überlegen. Was ham wir denn hier für Vor// für
137 Voraussetzungen [LACHT]. Also von der Person her natürlich, das man
138 erst mal selber diese, diese Balance, Nähe- Distanz, gut regulier'n kann,
139 das man selber so 'n Gefühl hat. Das ist so 'n alter Therapeutenpruch,
140 lautet ja, man kann Patienten nur so weit begleiten wie man selber
141 gegangen is//, ja. Also letztendlich so über das, was man selber auch
142 erfahren hat und da würde ich sagen, das is// aber eher so was
143 allgemeines, weiß gar nicht ob das nur für Doppeldiagnose geht,
144 wahrscheinlich nicht nur für Doppeldiagnosepatienten, sondern
145 grundsätzlich bei psychisch Kranken. Bei Kranken in jedem Falle auch.
146 Also mit dieser Nähe- Distanz gut umgehen zu können, 'ne gewisse
147 Beziehungsfähigkeit, ja, mitbringen zu können und natürlich, also ich
148 find// diese therapeutische Erfahrung is/ einfach total wichtich, sowohl
149 was, sozusagen, Selbsterfahrungsanteile sind ja in vielen
150 Therapieschulen auch mit drin. Das man einfach selber weiß, mh, wie is//
151 'n das, wie fühlt sich das an, in der Gesprächsgruppe zum Beispiel über
152 sich selber zu sprechen, so seine eigenen Geschichten und über seine
153 eigenen Probleme, über schwierige Phasen im eigenen Leben. Also
154 einfach 'n Stück weit diese Protagonisten Rolle selber auch mal erlebt zu
155 haben, nich// nur in der Moderations- und Begleitungsrolle zu sein, in der
156 Helferrolle, sondern auch in der umgekehrten Rolle gewesen zu sein.
157 Das, würd// ich sagen, is// von der persönlichen Voraussetzung her 'ne
158 wichtige Voraussetzung und die Kernvoraussetzung überhaupt. Dass
159 man da mit sich selber Erfahrungen gemacht hat, im, im, in irgend' er Art
160 therapeutischen Arbeit, also Selbsterfahrung auch großer Teil, dass man
161 methodisch einigermaßen geschult is//, so Gesprächsführung, ecetera,
162 dass man da, je nach Ausrichtung, halt was gemacht hat.
163 Gesprächsführung is// Basic, ob das jetz//, was weiß ich, jemand da noch
164 was analytisches draus macht und sacht, 'ne Sozialtherapieausbildung
165 macht oder was auch immer, ist dann letztendlich gleich, welche
166 Methode, aber dass man so 'n bisschen so 'n theoretisches Konstrukt
167 auch mit zur Unterfütterung hat, find ich schon wichtig. Ja und von der

168 Institution her, glaub ich, dass wir nich// so schlecht ausge//, dass wir hier
169 ganz aufgestellt sind, so rum, ja. Heißt, Arbeitsbedingungen, die es
170 möglich machen, möglichst viel Zeit dem einzelnen Patienten widmen zu
171 können. So und wenn man jetzt guckt was unser Verhältnis is//, nämlich
172 eins zu drei, also auf jeden Bezugstherapeuten kommen drei Patienten,
173 ham wir 'n guten Schnitt. Das is// was, was stationäre Behandlung
174 angeht, kann man getrost sage: " Sehr guter Schnitt". Ich glaub, es gibt in
175 Hamburg keine andere stationäre Einrichtung, die so 'n guten
176 Betreuungsschlüssel hat. Ja der Schlüssel is// schon gut. Das ist in jedem
177 Falle 'ne wichtige Voraussetzung. Also genügend Zeit zu haben, dass die
178 fach//, das die Arbeit fachlich begleitet wird, Supervision, darüber kann
179 man nun streiten ob Fallsupervision ausreicht oder auch mal auch noch
180 'ne Teamsitzung braucht, Du kennst die Diskussion darum, ne, darüber
181 kann man dann streiten, wie intensiv das fachlich begleitet werden muss.
182 Aber natürlich kann man sagen, ich weiß nicht ob mehr Supervision mehr
183 Qualität bringt, letztendlich bleibt 'n bisschen fragwürdig. Voraussetzung
184 von der Einrichtung her, naja, gibt es so zweischneidige Dinge wie,
185 Stichwort Qualitätssicherung, ja, ist das, was heutzutage unter
186 Qualitätssicherung passiert, zunehmende Statistik und so weiter und so
187 fort. Was erst mal ja auch verspricht oder zu mindestens andeutet, man
188 habe dadurch irgendwann mal Arbeitserleichterungen. Ob das dann mal
189 auftaucht, wir wissen es nich//, aber in irgend 'ner Art Qualitätssicherung
190 muss natürlich sein und war natürlich auch immer. Wir ham das auch
191 immer gehabt, wir ham das nur nie so standardisiert gehabt wie's jetzt
192 is//. Jetz// is// es halt zunehmend standardisierter. Ich denk, da wird man
193 seine Erfahrung mit machen müssen. Gut, aber grundsätzlich so
194 Voraussetzungen von 'ner Institution, würd// ich sagen, dass eben gutes,
195 gutes Verhältnis der, der Betreuungsfallzahlen da ist, das ham wir und
196 dass es 'ne ausreichende fachliche Begleitung in Form von Supervision
197 gibt. So, Zeit an Teambesprechungen und so was, das find ich auch, das
198 is// hier ausreichend. Gibt viele stationäre Einrichtungen, da sieht sich
199 das Team einmal in der Woche, für anderthalb bis zwei Stunden und
200 bespricht alles was wichtig is//. Wir machen das hier täglich oder fast
201 täglich, bis auf mittwochs so. Also, da sind wir schon ganz gut, ganz gut

202 aufgestellt, glaub ich, ja, ja.

203

204 **F:** OK. Dann erzähle mir doch bitte etwas über Deine Erfahrung, die Du mit
205 der Suchterkrankung Deiner Klienten in der Beziehungsarbeit gemacht
206 hast. Speziell, wie gehst Du mit Suchtrückf// mittelrückfällen Deiner
207 Klienten oder auch wenn Deine Klienten Suchtdruck haben?

208

209 **E:** Suchtdruck, da fragen wir natürlich immer mal wieder. Gehört ja,
210 sozusagen, hier zum Standard der Nachsorgen: „Haben Sie Suchtdruck,
211 kenn// Sie Suchtdruck, wenn ja, wann taucht der auf“. Also befragen wir
212 schon in den Anamnesegesprächen und natürlich hier im weiteren
213 Verlauf immer mal wieder. Wichtig dabei ist natürlich, mit dem Patienten
214 zu erarbeiten, wo kommt der Suchtdruck her, was steht eigentlich
215 dahinter. Weil, die Frage is// ja immer: „was, was fehlt“. Ein süchtiger
216 Mensch greift zur Droge oder nimmt Suchtmittel, wenn ihn irgendwas
217 fehlt. Also entweder die Fähigkeit, sich zu entspannen oder die Fähigkeit
218 in Kontakt zu komm// oder das Bedürfnis, mangelndes Selbstwertgefühl
219 auszugleichen, zu kompensieren. Das Bedürfnis unangenehme
220 Erfahrungen zu vergessen, das Bedürfnis irgendwas in irgend 'ner Art
221 zurück zu dräng 'n, zu betäuben, zu verlagern, was auch immer. Also
222 Verständnis zu entwickeln, was steht eigentlich hinter dem Suchtdruck
223 [UNTERBRECHUNG: KLIENT KLOPFTE AN DIE TÜR UND HATTE EIN
224 ANLIEGEN], also dafür so 'n Verständnis, überhaupt erst mal so 'n
225 bewusstwerden, darüber zu entwickeln und dann natürlich im zweiten
226 Schritt zu gucken, was könn// wir tun [UNTERBRECHUN: KLIENT
227 KLOPFTE ERNEUT AN DIE TÜR UND HATTE ERNEUTES ANLIEGEN],
228 so dieser Teil. Das geht natürlich immer ineinander über. Also sowohl so
229 'ne Bewusstheit zu entwickeln, wo kommt der Suchtdruck eigentlich her,
230 was steht dahinter und natürlich gleichzeitig auch zu gucken, was kann
231 ich alternativ tun, wie kann ich diese, diese Lücke sozusagen füllen, ne.
232 Also und, und das is// halt dann diese eher, eher praktische orientierte
233 Arbeit, so mit einzelnen zuschau 'n, ok, was wenn sie Suchtdruck haben,
234 was könn// sie tun? Is// eher Rückzuch angesacht, also reizarme
235 Umgebung zu schaffen oder is// eher Ablenkung und Aktivität angesagt.

236 Das is// dann was sehr individuelles, so mit den Einzelnen zu gucken, wie
237 könn// sie in solchen Situationen gegensteuern, das denn so 'n bisschen
238 umzulenken. Gut, soweit zur Vorstufe sozusagen, zur orangen Stufe, ne,
239 Suchtdruck und wenn das Kind in 'n Brunnen gefallen is//, Umgang mit
240 Rückfall, war das richtig? War die Ausgangsfrage.

241

242 **F:** Das ist gut. Ja genau.

243

244 **E:** Wie reagier ich da drauf, genau, wenn jemand rückfällig geworden is//. Im
245 Grunde genommen geht, spinnt sich der Faden dann weiter. Der war
246 vorher schon, hoffentlich, wenn die Patienten hier komm//, sind sie erst
247 mal abstinent. So, im günstigen Fall hab// ich mit den hier schon darüber
248 gesprochen: „was sind Anzeichen von Suchtdruck, ja, was kann für sie
249 gefährlich sein“, ecetera. Im günstigen Fall kann ich also, wenn das Kind
250 dann im Brunnen gefall'n is//, mit dem Patienten darüber sprechen: "Ok,
251 was haben wir überseh'n, was, was is// nich// gut gelaufen?". Also, was
252 haben wir beide sozusagen nicht bedacht, das es trotz der Gespräche
253 über den Suchtdruck zum Rückfall gekommen is// und weiterhin,
254 sozusagen, wie auch vorher, schon mit dem Patienten drüber zu
255 sprechen: " Was könn// Sie tun, tun um das Ruder weiterhin wieder in die
256 and're Richtung, nämlich in die Richtung Abstinenz zu lenken". Weil
257 darum geht es ja immer, den Blickwinkel dann wieder auf die and're Spur
258 zu kriegen, ne. Weil dann den Blick wieder Richtung Sucht geschwenkt
259 hat und konsumiert hat, rückfällig geworden is//, geht es ja immer noch
260 um die Entscheidung, ok, wieder da bleiben auf der Seite des Ufers und
261 weiter konsumier'n oder will er wieder zurück, in Richtung Abstinenz sich
262 bewegen und was is// dafür notwendig. Dann zu gucken so, was is//
263 wichtig und entscheidend und in der Regel is// es ja so, wenn die
264 Patienten hier bleiben, also 's gibt ja zwei Varianten, sie werden rückfällig
265 und brechen die Therapie ab und entscheiden sich, ich will weiter
266 konsumieren, weil ja, weil einfach diese Entscheidung so is//, Punkt. Oder
267 aber sie sagen: "Ich bin rückfällig geworden, aber ich will im [NAME DER
268 EINRICHTUNG] bleiben und ich will es schaffen, mich von diesem
269 Rückfall wieder zu distanzieren und in Richtung Abstinenz mich zu

270 bewegen. Dann ist natürlich die, neben der Frage nach den Ursachen:
271 „Was ham wir überseh'n, warum is/ überhaupt zu dem Rückfall
272 gekomm//“, geht es natürlich wieder um die Frage dann zu gucken: "Ok,
273 was kann ihnen helfen, was brauchen, was braucht derjenige noch, damit
274 der abstinent bleiben kann". Ja, weil das is// natürlich so, das is// immer
275 so für Süchtige, wenn wir das Suchtmittel weg nehmen und wenn sich der
276 Süchtige selber entscheidet: "Ich verzichte jetzt auf mein Suchtmittel",
277 gibt's erst mal 'ne Lücken, das is// einfach so. Jemand der zehn Jahre
278 gesoffen hat, jemand der zehn Jahre Drogen konsumiert hat, dem fehlt
279 erst mal was. Dem fehlt das somatisch, dem fehlt das von den Synapsen
280 her, den fehlt das komplett, sozusagen. Also Gesamt Organismus mäßig
281 und es entsteht 'ne Lücke, ne, und das is//, ich glaub die
282 Nikotinabhängigen kenn// davon was, ich weiß nich// ob du mal geraucht
283 hast.

284

285 **F:** Nein.

286

287 **E:** Aber bei den Nikotinabhängigen sagt man das auch. Das kannst 'e noch,
288 kannst 'e drei Jahre später noch nachweisen, biochemisch nachweisen,
289 dass die mal nikotinsüchtig war'n. Das dauert ewig, bis das wirklich raus
290 is//. Das heißt, diese Auseinandersetzung immer wieder, so zwischen den
291 Ufern, Süchtig und Abstinenz, hin und her sich zu bewegen oder mal
292 rüber zu schiel 'n, das glaub ich, hat man einfach ganz lange. Insofern
293 würd// ich sagen, so der Umgang mit Rückfällen is// in, in jedem Falle
294 einer der, was wir hier ja auch machen, wir arbeiten mit Rückfällen, wir
295 sagen nich//: "Wer rückfällig geworden is// fliegt raus", sondern wir sagen:
296 "Ok, wenn Du, wenn der Patient bereit is// sich damit
297 auseinanderzusetzen, dann arbeiten wir mit jemanden dann auch
298 entsprechend weiter". Das ist natürlich die Voraussetzung, ne. Wenn
299 jemand sagt: "Nö, eigentlich will ich weiter saufen und eigentlich sitz// ich
300 hier nur meine Zeit ab, weil dies und das und jenes und danach trink// ich
301 sowieso wieder", dann is// es schwierig damit umzugeh'n. Aber wer sacht:
302 "Ne, ich will das schon, ich will auch Eure Hilfe dabei", dann glaub ich,
303 kann man so, über die Arbeit an der Bewusstheit und über die Arbeit an

304 Verhaltensalternativen und Verhaltensstrategien, schon 'ne Menge
305 Hilfestellung geben. Das ja, glaub ich schon, is// hier immer wieder, gibt's
306 hier ganz viele Beispiele wo das dann letztendlich doch [UNV: ETWA:
307 gelingt]

308

309 **F:** Gut, jetzt ham wir einmal über die Suchtseite der Klienten gesprochen.

310

311 **E:** Und jetzt kommt die Psychose- Seite?

312

313 **F:** Jetzt kommt die psychische Seite, genau. Wie kann ich mir den Einfluss
314 der psychischen Erkrankung der Klienten auf Deine Beziehung zu den
315 Klienten vorstellen? Welchen Einfluss nimm da die Psychosen?

316

317 **E:** Welchen Einfluss die Psychosen auf meine Beziehungsgestaltung
318 haben?

319

320 **F:** Auf, auf Deine Beziehung zu den Klienten haben, genau.

321

322 **E:** Naja, auch sehr allgemein formuliert, weil es gibt ja Patienten, wo die
323 Psychose sehr im Vordergrund steht und es gibt ja Patienten, wo die
324 Psychose sehr im Hintergrund steht, ne. Wo ich mir immer überlegen
325 muss, was hat der eigentlich, hat der 'ne Psychose oder so, hat der
326 überhaupt 'ne Psychose, ist der überhaupt krank, warum is// der hier. Ja,
327 also es gibt ja welche, wo die Psychose sehr gedeckelt is//, ja, und gibt
328 auch Patienten, die von sich aus, sich eher als Süchtigen verstehen. Also
329 für viele is// es ja leichter, sich als Süchtigen zu sehen und der Welt zu
330 präsentieren als, als Verrückter, ne. Also die Psychose is// ja häufig viel
331 stärker stigmatisiert, ja. Das sie denken, oh, wenn ich irgendwo draußen
332 sage ich bin Psychotiker, das is// viel peinlicher als wenn ich sage, oh ich
333 bin Säufer und oh, hab// zu viel gesoffen, über'n Durst getrunken, ne, das
334 kann man so//n bisschen anders verbremmen. Also es hängt sehr stark
335 davon ab, ist das 'n Patient, bei dem die Psychose sichtbar, sichtbar im
336 Vordergrund steht oder das einer, der das eher so wegdrückt. Insofern
337 kann ich das nich// so allgemein beantworten. Ich könnte das an den

338 Extremspitzen beantworten. Also wenn jemand sehr mit der Psychose
339 identifiziert is// und sagt: "Wah, nur ich bin in erster Linie Psychotiker und
340 mein Hauptproblem liegt darin, das ich immer wieder in die Psychose
341 rutsche und sozusagen den Bezug zur Realität verliere", dann geht es
342 natürlich mehr darum, also mit ihm da stabilisierend zu arbeiten, ne. Zu
343 gucken, Mensch was, was is// das, was hilft Ihnen von der Psychose
344 wieder oder zur Psychose Distanz zu bekommen? ja. Manchmal sind
345 Gespräche notwendig, manchmal sind das dann tägliche Gespräche, das
346 man einfach mit jemanden täglich, zumindest 'n kurzen Gesprächskontakt
347 hat, ja. Dass man mitbekommt, wie nah dran is// er an der Psychose.
348 Medikamentöse Behandlung is// dann natürlich total wichtig. Wenn
349 jemand so wackelig in Bezug auf die Psychose is//, dann spielt die
350 medikamentöse Behandlung 'ne große Rolle, ja. Also eher so sehr
351 alltagsorientiert, ja, weil häufig ist das ja mit den Psychotikern so, dass
352 die sich dem so passiv ausgeliefert fühl'n, das zu sagen: "Ja, da waren
353 die Stimmen auf einmal da und dann konnt// ich nicht anders" und kommt
354 die Psychose wie so, die dunklen Wolken, kommt die über die und dann
355 is// es häufig schwierig, da 'n guten Ü//, Umgang mit zu finden. Bei
356 denen, wo durch die Sucht mehr so der Leidens//, den Leidensdruck
357 ausmacht und die Psychose nich// so sichtbar oder nich// vom Patienten
358 auf benannt wird, ist natürlich wichtig, die Verbindung herzustellen und zu
359 gucken, also erst mal sie überhaupt dazu zu ermuntern, dass sie dazu,
360 darüber erzähl'n dürfen, dass es hier nicht erst was is//, was wir abwerten
361 oder bewerten überhaupt. Dass sie den Zusammenhang zwischen
362 Psychose und Sucht auch bedenken, der is// ja auch wichtig, ne. Also
363 konsumiert jemand vielleicht nur um psychotische Symptome
364 beherrschbar zu machen und die zu unterdrücken, ja, oder is// es jemand,
365 der ohne Konsum auch keine Psychose kriegt. Auch das ham wir hier
366 häufig, das die Patienten sagen: "Naja, wenn ich konsumiere, dann weiß
367 ich, werd// ich auch verrückt, dann muss ich das in Kauf nehmen" oder
368 aber viele sagen auch: "Das is// meine Motivation hier, kein Cannabis
369 mehr zu konsumieren, weil ich weiß, wenn ich kiffe dann krieg// ich
370 Symptome aber, Klammer auf, mein Feierabendbierchen darf ich
371 trotzdem trinken, weil davon werd// ich ja nich// verrückt, Klammer zu".

372 [LACHT] So, das kann auch passieren. [LACHT] Also das is//n weites
373 Feld, ne, so mit diesen, mit der Psychose. Das is// halt sehr sehr
374 unterschiedlich und wenn jemand akut psychotisch is//, dann kannst du,
375 letztendlich brei//, musst du dich dann so auf die, auf die Alltagssituation
376 bezieh'n. Also, zum Beispiel, am Patient hier, [ZEIGT AUF NAMEN DES
377 KLIENTEN] im Zimmer siebzehn, der Patient mit dem kannst du nich//
378 vertiefend über seine Psychose reden, weil der is// immer so nah dran,
379 das man einfach nur gucken kann: "Wie geht's Ihnen im Moment?, was
380 schaffen Sie grade im Moment?, haben Sie Ihre Medikamente
381 regelmäßig genommen?, brauchen Sie Unterstützung bei der und der
382 Aufgabe?", ja. Also da vers//, da is// also dieser klassische verstehende,
383 stützende, nährende Anteil. Der versorgende Anteil is// da viel höher, als
384 bei der klassischen Suchtarbeit, wo du eher konfrontativ sachst: "Und
385 jetzt hier, aber Sie ham Verantwortung und Sie ham den und den Dienst
386 übernomm// und jetzt müssen sie 'n Dienst auch machen und jetzt könn
387 'se einfach sagen, hab// keine Lust und mhmhmh, dieses süchtige
388 Verhalten". Also bei jemand der sehr psychosenah is//, is/ natürlich
389 unsere Haltung, meine Haltung, eher eine niedrigschwellig//,
390 akzeptierende, verstehende, unterstützende, begleitende Art sozusagen.
391 Das, ja, das wär'n so die, ich sach mal die, die Extrembeispiele.
392 Letztendlich ham wir hier alle Mischformen, Mischformen vorhanden und
393 man muss ja auch noch sagen: „Nennt sich hier Psychose und Sucht“
394 und Psychose is//n weites Feld. Wir ham hier nicht nur Psychose, wir
395 ham ja zunehmend auch Persönlichkeitsstörungen hier und die
396 Persönlichkeitsstörung, glaub ich, die sind im, im Kontakt dann noch mal
397 schwieriger. Also du kommst bestimmt gleich noch mit Deinen Fragen
398 drauf, ne.

399

400 **F:** Nein

401

402 **E:** Nein[LACHEN] keine Frage zur Persönlichkeitsstörungen.

403

404 **F:** Was Du ja geschildert hast, demnach ist Deine Arbeit sehr vielseitig und
405 interessant. Welche Situationen haben Dich, wenn Du aus heutiger Sicht

406 nochmal zurückschaust, am meisten geprägt oder an welchen Klienten
407 oder Situationen kannst Du dich am meisten erinnern?

408

409 **E:** Welche Patienten oder Situationen?

410

411 **F:** Oder Situation, das kann auch 'ne Situation sein.

412

413 **E:** Ok. Naja, ich hab// natürlich, klar ich hab natürlich Patienten, an die ich
414 mich am ehesten erinnere und, sagen wir mal, wahrscheinlich, also ich
415 würde jetzt sagen, bei den Patienten, dass ich mich eher an die erinnere,
416 mit den ich 'ne gute und erfolgreiche Arbeit hatte, so. Zu den ich jetzt
417 auch noch 'n Kontakt habe, so. Also einer davon kommt noch regelmäßig,
418 'n ehemaliger Patient. Mit einigen telefonieren wir ja auch immer nochmal
419 regelmäßig, ne. Also so von der, sozusagen von mei'm, von den positiven
420 Rückmeldungen oder von meinen positiven Eindrücken, sind das
421 natürlich die Patienten, die stabil sind bis heute, die einfach sich immer
422 noch auch, dass was wir hier gemeinsam erarbeitet haben, bezieh'n und
423 sagen: "[NAME DES INTERVIWPARTNERS], was Sie damals gesagt
424 haben, da hab ich das und das gemacht und so". Das is// natürlich
425 klasse, das is// toll, ne. So, das gibt es schon auch immer mal wieder und
426 einzelne Situationen, gibt es natürlich auch, so 'n paar Situationen, die
427 einfach kritisch sind, ne. Also Patienten, die bedrohlich erschienen sind,
428 wenn man hier alleine im Dienst sind is//, das hat ich mal so zwei
429 Situationen, wo Patienten so bedrohlich war 'n, das ich zum Telefon
430 gegriffen habe und mich mit Kollegen rückgesprachen habe, was ich tun
431 kann. Zweimal hat ich Situationen mit 'ner Zwangseinweisung, wo jemand
432 so verrückt war, das er dann in die Klinik eingewiesen werden musste, im
433 Dienst alleine. Das sind natürlich so Sachen, die man dann schon auch
434 nich// vergisst, ne.

435

436 **F:** Ja, glaub ich.

437

438 **E:** Oder eine Situation, wo ein Patient hier nachts verstorben is// und ich zur,
439 zur Frühschicht gekommen bin und der Nachtwachen Kollege völlig durch

440 den Wind war und wo auch richtig alles heavy sind. Das halt was, is//
441 natürlich solche Extrembeispiele, hab ich hier natürlich auch erlebt, so.
442 diese natürlich auch, prägen schon auch die anderen Momente, aber.
443 Ja, das zeigt ganz gut, glaub ich, so diesen, diese Spannbreite an
444 Erfahrungen, die man haben kann. Das kann eben auf der einen Seite
445 richtig böse enden, das man dann, ja, so wirklich vor 'm Scherbenhaufen
446 steht und das jemand es eben nicht geschafft hat, im wahrsten Sinne des
447 Wortes, zu überleben, bis hin, dahin, dass man Patienten hat, wo man
448 denkt, den hätten wir das nie zugetraut, ne. Gibt so Patienten, die sind
449 hier so fertig angekommen, mit so 'n fix und fertige Biografie, wo man
450 dachte, um Gottes Willen, wie soll er das jemals schaffen und wir ham
451 dann irgendwie, wenn man dann so drei, vier, fünf Jahre zurückguckt,
452 dann ham die so 'n klassen Weg gemacht, das man eigentlich staunend
453 davor steht und denkt: "Wow, klasse, geht doch", ne. So an manchen
454 Stellen geht's dann wirklich doch und was dann jeweils gewirkt hat, keiner
455 weiß es. Wahrscheinlich is// es die Verbindung von allen möglichen
456 Faktoren, die da zusammenwirken, ne. Also sicherlich auch 'n Stück weit
457 so die, die tragende Beziehung. Da wo's gelingt, diese tragende
458 Beziehung zu einzelnen aufzubaue'n, da sind die Chancen natürlich viel
459 viel höher, als die dann auch 'ne gute Entwicklung machen, ja. Also kann
460 ich Dir, könnt// ich Dir jetzt so an. an einzelnen Situationen und Patienten
461 sicherlich 'ne Menge aufzähl'n. [LACHT]

462

463 **F:** Gut, aber ich glaub, ich glaube, das würde den Rahmen sprengen.

464

465 **E:** Ja, das würde es mit Sicherheit. Genau, [LACHT] deswegen lass// ich
466 das auch [LACHT]

467

468 **F:** Komm// wir auch, komm// wir auch schon mal zur vorletzten Frage.
469 Warum arbeitest Du mit Doppeldiagnoseklanten zusammen?

470

471 **E:** [LACHT] Das frag// ich mich auch täglich, ja. [LACHT] Warum tu ich mir
472 das an, warum tu ich mir das an, keine Ahnung, keine Ahnung. [LACHT].
473 Ja, ich komm// aus der Sucht, ich bin 'n alter Suchthase, wie gesagt. Also

474 ich hab// jahrelang mit nur untätlichen Sücht//, Suchtkranken gearbeitet,
475 wobei, als ich diese Stellenausschreibung hier dann gelesen hab//, fand
476 ich das einfach spannend. Weil's natürlich in reinen Suchteinrichtungen
477 auch, früher natürlich mehr, als diese Spezialii//, Spezialisierung noch
478 nich// so da war, auch viele Leute gab, wo man sagen konnte, die ham
479 bestimmt auch 'ne doppelte Erkrankung. Also es is// auch nach wie vor
480 noch so, das ich denke, es gibt viele in Suchteinrichtungen, die
481 mindestens 'ne Persönlichkeitsstörung, wenn nich//, sozusagen, so
482 Rand//, Randpsychoseerfahrungen haben, die aber nicht alle hier landen,
483 weil ich glaub, dann hätten wir mindestens drei [NAME DER
484 EINRICHTUNG]in Hamburg, wenn die alle so zugeordnet und auch
485 diagnostiziert würden. Das is// ja auch noch 'n Unterschied, wie landen
486 die überhaupt beim Psychiater und wie auffällig sind die nach außen hin,
487 so dass 'n Psychiater hinzugezogen wird und 'ne entsprechende
488 Diagnose stellt. Also letztendlich, ich fand's einfach spannend und fand's
489 dann einfach noch mal so 'ne Ergänzung zu dem, was ich vorher
490 gemacht habe und von daher, ja. Ja, das is// auch noch nach wie vor so,
491 das ich denke, das is// 'n vielseitiges Aufgabenfeld und es bietet, was ich
492 vorhin gesagt habe, schon 'n im Gegensatz zu nur Suchtbereich, halt die
493 Möglichkeit noch intensiver zu arbeiten. In 'ner reinen Suchtklinik hast du
494 halt wesentlich mehr Patienten im Einzelbezug, als hier in dieser
495 Spezialklinik. Hier bist du schon noch näher am einzelnen Patienten dran,
496 als in 'ner normalen Suchtklinik. Da hast du locker doppelt so viel
497 Patienten im Bezug. Wahrscheinlich inzwischen sogar ja noch mehr und
498 die Behandlungszeiten sind ja viel kürzer, ne. Also in der normalen
499 Suchtarbeit is// der Schnitt drei bis vier Monate an stationärer Therapie
500 und hier machen wir 'n ganzes Jahr. Das heißt, da siehst du einfach in
501 andern Bereichen, da sind viel höhere Fluktuationen und da hast viel
502 mehr Gesichter über 's Jahr, die du vor der Nase hast als hier. Im, im
503 günstigen Fall, wenn du kein Wechsel im Bezug hast, dann hab// ich ein
504 Jahr lang wirklich nur drei Patienten und da entsteht natürlich schon 'ne
505 andere Bindung und 'ne andere Nähe und letztendlich auch, wenn es
506 immer mal wieder Fälle gibt, wo's schief geht, wo's zu Abbrüchen kommt
507 oder wo's zu Rückschlägen kommt, ist das schon ein intensiveres

508 Arbeiten. Das is// schon wahr und das finde ich im, im Prinzip
509 befriedigender für ein selber, für mich, als dieses so, Durchlaufstation zu
510 machen und ganz viel Wechsel zu haben, ja. Das war die Frage warum
511 ich hier arbeite, ne?

512

513 **F:** Genau

514

515 **E:** Ansonsten.

516

517 **F:** Letzte Frage.

518

519 **E:** Muss ja mein Geld verdienen.

520

521 **F:** Beziehungsweise ich bin mit meinen Fragen am, nun Ende angelangt.
522 Hast Du noch etwas, was ich vielleicht vergessen habe zu fragen zur
523 dieser Thematik und gerne noch mit ansprechen möchtest?

524

525 **E:** Sag mir nochmal die Überschrift zu Deiner Arbeit.

526

527 **F:** Es geht um die Beziehungsarbeit als Zugang, beziehungsweise mit
528 Doppeldiagnoseklienten, ausgehend von den verschiedenen
529 Behandlungsansätzen aus der Suchttherapie, beziehungsweise
530 Suchtbehandlung und der psychiatrischen Hilfe.

531

532 **E:** Persönlichen Bedingungen hast Du, institutionelle Bedingungen hast Du
533 abgefragt. Nö.

534

535 **F:** Super. Dann danke ich Dir für das Interview, herzlichen Dank.

536

Das Interview:

Datum: 25.07.2011

Interviewer: André Neumann

Interviewpartnerin: 29 Jahre alt, weiblich,
Dipl. Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin (FH)

Beginn : 10:25 Uhr

Dauer: ca. 20 Min

Ende : 10:45 Uhr

Ort:

- kleiner Raum in der Einrichtung, dieser hatte kein Telefon, um Störungen zu vermeiden
- beide Gesprächspartner saßen sich auf Sessel direkt gegenüber

Atmosphäre:

- wurde im Laufe des Gesprächs immer lockerer
- Interviewpartnerin wurde geduzt
- Interviewpartnerin fiel die Beantwortung der Frage nach dem Medikamenteneinfluss nicht so leicht → es fiel ihr schwer, Worte für eine passende Beschreibung zu finden

Besondere Ereignisse/ Vorkommnisse während der Interviewsituation:

- während des Interviews gab es keine Vorkommnisse

Gespräche und Atmosphäre vor der Tonbandaufzeichnung:

- Zusicherung von Anonymisierung des Interviews
- Zweck des Interviews wurde vom Interviewer nochmal verdeutlicht
- Interviewpartnerin hat Einverständniserklärung unterschrieben
- vorschnelles Ausfüllen des Kurzfragebogens durch die Interviewpartnerin, benötigte einen neuen Kurzfragebogen → Kurzfragebogen sollte nach Einschalten des

Tonbandgerätes ausgefüllt werden

Gespräche und Atmosphäre nach der Tonbandaufzeichnung:

- gelöste und lockere Stimmung
- Interviewpartnerin äußerte Bedenken, zu oft „ähm“ und mh“ gesagt zu haben, wurde aber vom Interviewer beruhigt
- zum Dank erhielt die Interviewpartnerin Pralinen und hat sich sehr darüber gefreut

Verhalten des Interviewers:

- sehr große Aufregung, da es das erste Interview für BA- Thesis war
- erste Frageformulierung war kein schöner Einstieg: „Ich möchte Dich dazu auffordern“ → beim nächsten Mal besser auf die Frageformulierung achten
- Gefühl, nicht genügend exploriert zu haben → mehr Nachfragen? Interviewdauer zu kurz?

Verhalten der Interviewpartnerin:

- hat sich sehr locker und entspannt präsentiert
- Kurzfragebogen wurde am Anfang zu hastig ausgefüllt → Aufregung?
- hat teilweise sehr schnell geredet → Unsicherheit bei Beantwortung der Fragen?
- hat sehr kurze und prägnante Antworten gegeben → mehr Aufrechterhaltung vom Interviewer sinnvoll? Beantwortung war leicht?

Sonstige Informationen/ Auffälligkeiten:

- es war kalt in dem Raum

Das Interview:

Datum: 01.08.2011

Interviewer: André Neumann

Interviewpartner: 51 Jahre alt, männlich, Dipl. Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge

Beginn : 10:43 Uhr

Dauer : ca. 20 Min

Ende : 11:05 Uhr

Ort des Interviews:

- in der Einrichtung des Mitarbeiters
- kleiner Raum ohne Telefon, um Störungen zu vermeiden
- beide Gesprächspartner saßen sich auf Sessel gegenüber

Atmosphäre während des Interviews:

- Interviewpartner wurde geduzt
- Zweck des Interviews wurde erklärt und Anonymität zugesichert
- Interviewpartner hat Einverständniserklärung unterschrieben
- sehr ruhige und konzentrierte Atmosphäre
- Situation hatte etwas sehr alltägliches

Besondere Ereignisse/ Vorkommnisse während der Interviewsituation:

- keine weiteren Vorkommnisse

Gespräche und Atmosphäre vor der Tonbandaufzeichnung:

- Gespräch über privaten Umgang mit Handys
- Interviewpartner hat Witze gemacht und ein wenig rumgealbert
- haben zusammen oft gelacht

Gespräche und Atmosphäre nach der Tonbandaufzeichnung:

- Interviewpartner erhielt als Dankeschön Gummibärchen

- vertiefendes Gespräch über die Arbeit mit Doppeldiagnoseklienten → Anfänge der Einrichtung mit Doppeldiagnoseklienten, Lernerfahrung der Einrichtung mit Doppeldiagnoseklienten
- Interviewpartner hat Witze gemacht, Atmosphäre war sehr locker und unverkrampft

Verhalten des Interviewers:

- vermehrt Nachfragen gestellt und nach Beispielen gefragt
- war entspannter als beim ersten Interview
- Frageformulierung ist leichter gefallen

Verhalten des Interviewpartners:

- gab teilweise sehr knappe Antworten → Aufrechterhalten des Gesprächs durch mehr Nachfragen und Fragen nach Beispielen
- Interviewpartner äußerte zum Schluss, dass es ganz schön viel war → zu viel nachgefragt? Überforderung des Interviewpartners?
- hat vor Tonbandaufnahme oft rumgewitzelt → Interview ernstgenommen?

Sonstige Informationen/ Auffälligkeiten:

- keine weiteren Auffälligkeiten

Das Interview:

Datum: 30.08.2011

Interviewer: André Neumann

Interviewpartner: 43 Jahre alt, männlich, Erzieher, psychotherapeutischer Heilpraktiker, systemischer Familientherapeut

Beginn: 14:50 Uhr

Dauer: ca. 16 Min

Ende: 15:06 Uhr

Ort des Interviews:

- in der Einrichtung
- Büro des Mitarbeiters
- Gesprächspartner saßen sich an einem großen runden Tisch gegenüber

Atmosphäre während des Interviews:

- Atmosphäre war relativ gelassen und beruhigend
- Interviewpartner wurde gesiezt

Besondere Ereignisse/ Vorkommnisse während der Interviewsituation:

- keine weiteren Vorkommnisse

Gespräche und Atmosphäre vor der Tonbandaufzeichnung:

- erster persönlicher Kontakt zwischen Interviewer und Interviewpartner
 - beiderseitiges Vorstellen
- Anliegen des Interviews wurde nochmal erläutert
- Einverständnis des Interviewpartners wurde eingeholt
- Interviewpartner wurde bezüglich der Fragestellung beruhigt, das man auf alle Fragen offen antworten kann

Gespräche und Atmosphäre nach der Tonbandaufzeichnung:

- Interviewpartner erhielt als Dankeschön eine kleine Aufmerksamkeit (Pralinen)
- Interviewpartner schien erleichtert zu sein
- keine weiteren Gespräche → Interviewpartner führte den Interviewer in das Büro des nächsten Gesprächspartners

Verhalten des Interviewers:

- versuchte durch Erzählaufforderungen den Interviewpartner bei der Beantwortung der Fragen zu unterstützen
- gab Ratschläge und Beispiele, um offene Fragen für den Gesprächspartner einzugrenzen

Verhalten des Interviewpartners:

- schien mit der Offenheit der Fragen überfordert gewesen zu sein
- wirkte teilweise verunsichert und musste bei einigen Fragen länger überlegen
- war etwas zurückhaltend

Sonstige Informationen/ Auffälligkeiten:

- Telefonanruf vor dem Einschalten des Tonbandgeräts

Das Interview:

Datum: 30.08.2011

Interviewer: André Neumann

Interviewpartner: 55 Jahre alt, männlich, Psychologe, Leiter der Einrichtung

Beginn: 15:10 Uhr

Dauer: ca. 48 Min

Ende: 16:00 Uhr

Ort des Interviews:

- in der Einrichtung
- Büro des Einrichtungsleiters
- sehr großer Raum
- Gesprächspartner saßen sich an einem großen Tisch gegenüber
- Büro enthielt viele Gegenstände, die private Interessen des Interviewpartners widerspiegeln (Jazz Schallplatten)

Atmosphäre während des Interviews:

- Im Büro war es sehr ruhig
- Atmosphäre war etwas angespannt und verkrampft → löste sich im Laufe des Gesprächs
- Interviewpartner wurde gesiezt

Besondere Ereignisse/ Vorkommnisse während der Interviewsituation:

- keine weiteren Vorkommnisse

Gespräche und Atmosphäre vor der Tonbandaufzeichnung:

- dem Interviewpartner wurde das Forschungsinteresse erläutert
- Interviewpartner fragte nach Studium und Studienrichtung des Interviewers
- Gespräch über die Motivation des Forschungsinteresses
- Zusicherung von Anonymität und Einverständnis zum Interview wurde eingeholt

Gespräche und Atmosphäre nach der Tonbandaufzeichnung:

- Interviewpartner erhielt als Dankeschön Pralinen
- Gespräch über die historische Entwicklung der Einrichtung
- Atmosphäre wurde zunehmend lockerer und unverkrampfter

Verhalten des Interviewers:

- fiel es häufig schwer, den Antworten zu folgen
- musste kaum Nachfragen stellen
- Gefühl, dass die Antworten zu ausufernd sind
- Gespräch mehr auf das Thema lenken? Interviewpartner mehr Begrenzen?

Verhalten des Interviewpartners:

- Interviewpartner redete sehr schnell
- stieg rasch in die Beantwortung der Fragen ein, ohne länger überlegen zu müssen
- antwortete sehr ausufernd und teilweise an der Fragestellung vorbei

Sonstige Informationen/ Auffälligkeiten:

- keine weiteren Auffälligkeiten

Das Interview:

Datum: 19.09.2011

Interviewer: André Neumann

Interviewpartnerin: 51 Jahre alt, weiblich,
Dipl. Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin (FH)

Beginn: 19:30 Uhr

Dauer: ca. 38 Min

Ende: 20:10 Uhr

Ort des Interviews:

- in der Einrichtung
- Büro der dortigen Ärztin und der Nachtwachen- Mitarbeiter
- Büro war sehr gemütlich eingerichtet
- die Gesprächspartner saßen nebeneinander vor einem Schreibtisch

Atmosphäre während des Interviews:

- Atmosphäre war sehr entspannt und ruhig
- Interviewpartnerin wurde geduzt
- Interviewsituation hatte den Charakter einer entspannten Gesprächsatmosphäre und nicht die eines Interviews

Besondere Ereignisse/ Vorkommnisse während der Interviewsituation:

- das Gespräch wurde zweimal durch einen Klienten unterbrochen, der ein Anliegen hatte

Gespräche und Atmosphäre vor der Tonbandaufzeichnung:

- Interviewpartnerin erzählte, dass ihr Vater in der vorherigen Nacht verstorben sei
- Gespräch über den Tod des Vaters → Interviewer wollte das Interview auf einen anderen Termin verschieben

- Interviewpartnerin legte aber trotzdem darauf Wert, das Interview führen zu wollen
→ Ablenkung? Trauerbewältigung?
- die Interviewpartnerin füllte, vor dem Einschalten des Tonbandgeräts, überstürzt die Einverständniserklärung und den Kurzfragebogen aus

Gespräche und Atmosphäre nach der Tonbandaufzeichnung:

- Interviewpartnerin erhielt als Dankeschön Süßigkeiten
- Gespräch über die reine Suchthilfe, besonders über den alten Arbeitsplatz der Interviewpartnerin, in einer Drogentherapie für Frauen

Verhalten des Interviewers:

- stellte gelöst und ruhig Nachfragen
- hatte Bedenken, das Interviewpartnerin das Interview besser nicht machen sollte → Sorge um die emotionale Befindlichkeit der Interviewpartnerin
- hat häufig mit der Interviewpartnerin mitgeschmunzelt

Verhalten der Interviewpartnerin:

- antwortete sehr ruhig und gelassen auf die Fragen
- wirkte sehr entspannt
- hat oft, während der Beantwortung der Fragen, gelacht → Stimmung vom Tod des Vaters nicht getrübt? Ablenkung?

Sonstige Informationen/ Auffälligkeiten:

- keine weiteren Auffälligkeiten

Tabelle 1: Erster Durchgang der Zusammenfassung von Transkription A

I	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	6	1	Das Allerwichtigste in der Beziehung ist, authentisch zu sein	Authentizität in der Beziehung ist wichtig	<u>Sich verstellen hilft nicht, Authentizität zeigen und vermitteln ist wichtig durch:</u>
	7	2	Es hilft nicht anders zu sein als man ist	sich verstellen hilft nicht	
	9	3	Bedeutet sich mit den Klienten zu freuen, zu loben, aber auch zu sagen, ich bin sauer auf Sie oder genervt	Freude teilen und wertschätzen, aber auch eigenen Ärger mitteilen	- Freude teilen - Wertschätzung - eigenen Ärger mitteilen
	13	4	Bin immer authentisch und versuche das rüber zu bringen	Authentizität vermitteln	
	14	5	Basics, die man in jeder Beziehungsarbeit machen sollte	Grundlagen in jeder Beziehungsarbeit	<u>Grundlagen der Beziehungsarbeit sind:</u>
	16	6	Dass man verlässlich ist und sich an Absprachen hält	verlässlich sein, Versprechen und Absprachen einhalten	- Verlässlichkeit - Einhaltung von Versprechen und Absprachen - Interesse zeigen
	22	7	Bisschen wie Kindererziehung	ist wie Kindererziehung	<u>Konsequent sein wie bei der Kindererziehung:</u> - Konsequenz erklären - Bestrafung ist dann nicht schlimm - Einsicht bei Sanktionen
	23	8	Wichtig ist einfach auch konsequent zu sein	konsequent sein ist wichtig	
	24	9	Wenn man das konsequent macht und die Klienten nachvollziehen, warum man was wie macht	Konsequenz erklären	
	25	10	Ist nicht schlimm, wenn man die bestrafen muss	Bestrafung ist nicht schlimm	
	26	11	Dann wissen sie schon, dass es richtig ist, das man jetzt eine Sanktion ausgesprochen hat	Einsicht beim Aussprechen von Sanktionen	
	27	12	Und das man sich halt	Interesse zeigen ist	

			interessiert zeigt und das finde ich irgendwie selbstverständlich	selbstverständlich	
	34	13	Würde von mir behaupten, dass ich relativ viel Nähe zulasse	relativ viel Nähe zulassen	<u>Relativ viel Nähe auf Arbeit :</u> - nah am Geschehen - teilt Wesentliches aus dem Privaten mit (Tiere, Urlaub) → kein unbeschriebenes Blatt
	35	14	Allerdings nehme ich das nicht mit nach Hause, wenn ich mit dem Fahrrad nach Hause gefahren bin, ich nicht wirklich an die Arbeit denke	grenzt sich privat von der Arbeit ab	
	38	15	Bei der Arbeit lasse ich viel Nähe zu, weil ich am Geschehen dran bin und denen viel von mir erzähle	viel Nähe auf Arbeit, da nah am Geschehen dran und viel von sich erzählt	<u>Abgrenzung bei:</u> - Zuhause - privaten Beziehungsproblemen - eigenem Gefühlsleben
	40	16	Ich bin nicht für die ein komplett unbeschriebenes Blatt	kein unbeschriebenes Blatt	
	40	17	Natürlich erzähle ich nicht alles aus meinem Leben und sag, oh heute geht es mir schlecht, weil ich mich mit meinem Freund gestritten habe	erzählt nicht alles, teilt keine privaten Beziehungsprobleme mit	
	44	18	Wenn es drum geht sag ich auch, ich hab zwei Kaninchen	teilt Haustiere mit	
	45	19	Wohin ich in den Urlaub fahre, dann sag ich auch ich fahr da und da hin	erzählt über Urlaub	
	48	20	Basics schon, mein Gefühlsleben teile ich nicht mit denen	Wesentliches wird mitgeteilt, nicht das eigene Gefühlsleben	
	67	21	Ein großer Pluspunkt ist, das wir einen guten Betreuungsschlüssel haben	Betreuungsschlüssel ist positiv	<u>Klientenanzahl spielt wichtige Rolle:</u>
	68	22	Das wir genau drei Klienten haben und nicht mehr als	kennt alle Klienten gut, da Betreuung von drei und fünfundzwanzig in	Da nicht mehr als 25 Klienten: → weiß über Klienten

			fünfundzwanzig Klienten sind, kenne ich auch alle	der Einrichtung	viel → kennt das Gefühlsleben → alleinige Arbeit in der Einrichtung möglich
	70	23	Wenn hier achtzig Leute wären, dann könnte ich ja nie im Leben so viel über jeden Bescheid wissen	bei mehr Klienten kann man nicht mehr über jeden Bescheid wissen	<u>Bei mehr Klienten:</u> - nicht mehr zu leisten
	72	24	Am Wochenende allein bin und im Spätdienst allein bin	arbeitet auch mal alleine in der Einrichtung	
	74	25	Ich weiß von jedem ganz viel und bin relativ nah dran	weiß über die Klienten viel	
	74	26	Ich weiß auch, wer sich ungefähr wie fühlt und warum sich wer wie fühlt	kennt das Gefühlsleben der Klienten	
	75	27	Kann man nur gewährleisten, wenn man eine kleine Schar um sich hat	Gewährleistung nur bei wenig Klienten	
	77	28	Wenn es mehr wird, dann wird es nicht mehr leistbar	bei mehreren nicht zu leisten	
	78	29	Dann könnte man auch nicht am Wochenende hier alleine sein	alleiniges Arbeiten nicht möglich	
	80	30	Die Anzahl der Klienten spielt auch eine wichtige Rolle	Klientenanzahl spielt wichtige Rolle	
II			Erfahrung mit der	Sucht	
	86	31	War am Anfang naiver, als ich heute bin	naiver am Anfang	<u>Naiver am Anfang:</u> - durch Erkrankung angelogen - Enttäuschungen
	87	32	Egal wie gut die Beziehung ist, es kann passieren, dass man verarscht wird.	bei guter Beziehung auch Enttäuschungen	
	89	33	Am Anfang war ich total enttäuscht	am Anfang Enttäuschungen	
	90	34	Habe da so viel Arbeit reingesteckt und bin trotzdem total verarscht, weil der lügt mich immer noch an	man wird angelogen	
	91	35	Das ist einfach die Erkrankung	Ursache ist die Erkrankung	

	92	36	Das hat sich geändert, da war ich am Anfang naiver	am Anfang naiver gewesen	
	93	37	Muss ich schon aufpassen, dass ich nicht zu negativ bin und schon jedem Lügen unterstelle, ohne das zu prüfen	Genauer prüfen, um nicht jedem Lügen zu unterstellen	<u>Schwierig ist:</u> - lügen nicht jedem unterstellen - Lügen erwarten, aber nicht enttäuscht sein
	96	38	Das entscheidende Kriterium mit der Sucht ist, das man einfach diesen Spagat schaffen muss, von einfach damit zu rechnen und nicht enttäuscht zu sein	bei der Sucht ist mit Lügen zu rechnen, um dann nicht enttäuscht zu sein	
	100	39	Das ist am schwierigsten	ist schwierig	
	101		Sonst aber finde ich die Arbeit mit der Sucht theoretisch einfacher als die Arbeit mit der Psychose	Arbeit mit Sucht ist einfacher	<u>Arbeit mit Sucht ist einfacher:</u> - klare Regeln - Sanktionen bei Konsum - strukturierter
	102	40	Die Arbeit mit der Sucht nach sehr klaren Linien läuft	klare Linie bei der Sucht	
	103	41	Entweder du konsumierst oder du konsumierst nicht	Entscheidung zwischen Konsum und Nichtkonsum	
	104	42	Wenn du konsumierst, bekommst du Sanktionen	Sanktionen bei Konsum	
	105	43	Das finde ich viel leichter	ist leichter	
	106	44	Weil das viel klarer strukturierter ist, als mit der Psychose umzugehen	strukturierter als Umgang mit Psychosen	
	118	45	Umgang mit Suchtrückfällen? Das war damals schwierig, weil ich noch so neu hier war	Suchtmittelrückfallumgang am Anfang schwieriger	Umgang mit Rückfall am Anfang schwierig gewesen
	119	46	man versucht herauszufinden, warum das jetzt wieder nötig war	Ursachen herausfinden	<u>Rückfall als Einmaligkeit:</u> - darf nicht in alte Verhaltensmuster führen: → Ursachen herausfinden → Bewältigungsstrategien erarbeiten

	120	47	Halt zu gucken, wie es in Zukunft anders geht	Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten	
	121	48	Rückfälle passieren	Rückfälle passieren	
	122	49	Man muss es irgendwie schaffen, dass ein Rückfall nicht zu ein Komplettabsturz und Rückfall ins alte Leben bedeutet	Rückfall darf nicht zu alten Suchtverhaltensmustern führen	
	124	50	Es einmal ist und dann aber irgendwie weitergeht	Rückfall als Einmaligkeit	
	129	51	Ich weiß, Sucht ist eine psychische Störung	Sucht ist psychische Störung	<u>Sucht ist psychische Störung:</u> - Ursachen aus der frühen Kindheit
	130	52	Oft hader ich mit mir innerlich und denk, „so jetzt rei dich einfach zusammen, so schwer kann es nicht sein“	Zweifel, ob es eine psychische Störung ist	- nicht schuldig an Sucht - Ich- Strukturen nicht gelernt
	132	53	Ich find es schwierig	ist schwierig	<u>Schwierig ist:</u> appellieren an die Eigenverantwortung → vergessen der Sucht als psychische Störung
	133	54	Also Sucht ist eine psychische Störung	Sucht als psychische Störung	
	133	55	Vor allem eine Störung der frühen Kindheit	Störung der frühen Kindheit	
	134	56	Anlagen dafür werden früh gelegt	Ursachen resultieren von Früher	
	135	57	Oft können die auch nicht so doll was dafür	oft nicht schuldig an Sucht	
	135	58	Weil sie gewisse Ich-Strukturen nicht gelernt haben, wie Affektregulation, Frustrationstoleranz	haben bestimmte Ich-Strukturen nicht gelernt	
	138	59	„Ihr seid jetzt erwachsen, jetzt übernehmt einfach mal Verantwortung“	appellieren an die Eigenverantwortung	
	138	60	Und dann passiert es mir, dass ich aus dieser Störung rausrutsche und denk: „Diese faulen Ärsche“.	vergessen der Sucht als psychische Störung	
III			Einfluss der psychischen Störungen		auf die Beziehung

	149	61	Es kommt auf die Störung drauf an	abhängig von der Störung	
	150	62	Der eine Borderline-Persönlichkeitsstörung hat, dann ist das mit der Beziehung extrem schwierig	Borderline-Persönlichkeitsstörung macht Beziehung schwierig	<u>Borderline-Persönlichkeitsstörung ist schwieriger:</u> - Entwertungen - anschreien ohne Grund
	152	63	Dann muss man einfach damit leben, dass man entwertet wird	Entwertungen	
	153	64	Dass man angeschrien wird, obwohl man nichts gemacht hat	anschreien ohne Grund	
	154	65	Die Klienten einfach oft nie wirklich gelernt haben, eine langfristige Beziehung zu führen	haben nicht gelernt, langfristige Beziehungen zu führen	<u>Können keine langfristigen und stabilen Beziehungen führen:</u> - Normale Beziehung Vermitteln → Beziehung trotz Streit und Ärger
	155	66	Beziehungsweise eine stabile Beziehung zu führen	nicht gelernt stabile Beziehungen zu führen	→ Kritik aushalten → Spiegeln
	156	67	Meine Aufgabe, denen hier zu vermitteln, wie das ist, eine normale Beziehung zu führen	normale Beziehung vermitteln	→ Mentalisierungsfähigkeit fördern
	158	68	Ich auch sauer auf sie bin, es nicht bedeutet, dass unsere Beziehung damit kaputt ist	Ärger führt nicht zum Beziehungsende	
	159	69	Dass die Beziehung trotzdem weitergeht, auch wenn man sich mal streitet oder der eine sauer ist	Beziehung geht trotz Streit und Ärger weiter	
	161	70	Dass eine Beziehung auch aushalten muss, das man den Andern kritisiert	Kritik in der Beziehung aushalten	
	162	80	Aber das ist natürlich schwierig für unsere Klienten	ist schwer für Doppeldiagnoseklienten	
	163	81	Schwierig für Menschen mit einer Psychose ist auch das Mentalisieren, sich in die Gefühlswelt des Gegenübers	Einfühlungsvermögen ist mit einer Psychose schwierig	

			einzuleben		
	165	82	Und das beeinflusst natürlich die Beziehung	beeinflusst Beziehung	
	166	83	Für die ist der Therapeut ein mechanisches Wesen, das dem keinerlei menschliche Irgendetwas zugeschrieben werden	Therapeut als mechanisches Wesen ohne menschliche Anteile	<u>Einfühlungsvermögen ist für psychisch Erkrankte schwierig:</u> - Therapeut als mechanisches Wesen - Erwartung an einfaches Funktionieren - Therapeut ohne Gefühle
	168	84	Dass es von mir erwartet wird, das ich einfach funktioniere	Erwartung an einfaches Funktionieren	- Therapeut ist unfehlbar
	169	85	Für die gar nicht vorstellbar ist, das es auch einem Therapeut mal gut oder schlecht gehen kann	Keine Vorstellung von den Gefühlen des Therapeuten	
	170	86	Das auch ein Therapeut mal was vergessen kann oder was nicht machen kann	Therapeut kann nicht alles machen und auch was vergessen	
	171	87	Und das ist natürlich dann immer schwierig	ist schwierig	
	172	88	Meine Aufgabe zu spiegeln und zu versuchen, diese Mentalisierungsfähigkeit voranzutreiben	Aufgabe ist Spiegeln und Mentalisierungsfähigkeit zu fördern	
	181	89	Medikamente: kommt auf die Symptome an, die jemand in der Psychose hat	abhängig von den Symptomen der Psychose	- Medikamenteneinfluss ist Symptomabhängig
	182	90	Ich kann das gar nicht direkt auf die Beziehung	nicht direkt Einfluss auf die Beziehung	- Medikamente machen Arbeit einfacher - bei Psychosen → zu instabil, um in Beziehung zu gehen - ohne Medikamente ist Beziehung nicht möglich
	182	91	Ich finde das eher, dass man das auf die therapeutische Arbeit beziehen muss	eher Einfluss auf therapeutische Arbeit	
	183	92	Ich finde therapeutische Arbeit	ohne Medikamente ist therapeutische Arbeit	<u>Aber:</u> - bei einmaligen,

			ohne Medikamente schwierig	schwierig	abgeklungenen Psychoseschüben ohne Medikamente möglich
	184	93	Wobei es auch da wieder drauf ankommt	Ausnahme	
	185	94	Wenn jemand ein einmaligen Psychoseschub hat, den er vor fünf Jahren hatte	einmaliger Psychoseschub vor einigen Jahren	
	186	95	Und seitdem die Psychose abgeklungen ist	abgeklungene Psychose	
	187	96	Warum soll man dem jetzt noch irgendwie, also wenn der auch ohne Medikamente	keine Medikamente	
	188	97	Dann hat das nichts mit meiner therapeutischen Arbeit zu tun	kein Einfluss auf therapeutische Arbeit	
	189	98	Wenn jemand halt noch psychotische Symptome hat, ist es einfacher mit dem zu arbeiten, wenn er Medikamente gibt	bei psychischen Symptomen ist Arbeit einfacher mit Medikamenten	
	191	99	Natürlich wirkt sich das auf die Beziehung aus	Auswirkung auf die Beziehung	
	192	100	Wenn jetzt ein Klient keine Medikamente nimmt und ein Größenwahn kriegt, dann kann der keine Beziehung mehr zu mir eingehen	Beziehung bei psychischen Symptomen ohne Medikamente nicht möglich	
	194	101	Weil er innerlich so instabil ist, das er gar nicht mehr die psychische Kraft aufwenden kann, in irgendeiner Weise in Beziehung zu gehen	psychisch zu instabil, um in eine Beziehung zu gehen	
	197	102	Nicht mal mehr in Beziehung zu sich selber ist	nicht selbst in Beziehung zu sich stehen	
IV			Besondere	Situationen	
	213	103	Eine Sache war für mich sehr lehrreich	lehrreiche Situation	
	213	104	Da hat mich ein Klient, der Persönlichkeitsstörung hatte, richtig	erniedrigt durch Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung	<u>Erniedrigt durch Klienten mit Persönlichkeitsstörung:</u>

			doll, vor allen Leuten, zur Sau gemacht		
	215	105	Das fand ich damals ganz schlimm	schlimm erlebte Situation	- hat sich erniedrigt gefühlt - lehrreiche Situation
	216	106	Da habe ich so ein wenig meine Lehren draus gezogen wie ich damit umgeh, wenn man erniedrigt oder herabgesetzt wird	Situation war lehrreich für den Umgang mit Erniedrigungen	<u>Grund:</u> - wenig konfrontativ am Anfang → Unsicherheit → Unwissenheit
	218	107	Würde ich sagen, dass ich am Anfang zu wenig konfrontativ war	wenig konfrontativ am Anfang	<u>Heute:</u> - mehr Konfrontation - besserer Umgang mit Erniedrigungen
	221	108	Die hätte ich mehr konfrontieren müssen	war zu wenig Konfrontation	
	222	109	Aber das war einfach aus einer Unsicherheit heraus. Also, da wusste ich es noch nicht	Grund war Unsicherheit und Unwissenheit	
	223	110	Würde sagen, ich konfrontiere heute deutlich mehr als ich früher konfrontiert habe	heute mehr Konfrontation als am Anfang	
	227	111	Die haben ja auch noch nie abgebrochen, deswegen, glaub ich, mach ich es irgendwie intuitiv richtig	noch kein Klient hat Therapie abgebrochen	
	226	112	Deswegen, glaub ich, mach ich es irgendwie intuitiv richtig	intuitiv richtige Beziehung	
	227	113	Das Wichtigste ist einfach, das man Spaß daran hat und nicht genervt ist	wichtig ist Spaß und Belastbarkeit	
	234	114	Meine eine Klientin, die sehe ich ja manchmal jetzt immer noch	Kontakt zu einer ehemaligen Klientin	<u>Freude über:</u> - Kontakt zur ehemaligen Klientin - positive Entwicklung der Klientin
	235	115	Die hat eine super Entwicklung gemacht	super Entwicklung gemacht	- Klienten Geschenke zum Abschied - Danksagungen
	235	116	Da freue ich mich total	Freude darüber	- Grußkarten
	236	117	Wenn die noch vorbeikommt, freue ich mich, die zu sehen	Freude über den Kontakt	
	236	118	Ich freu mich tatsächlich oft immer, weil ich meistens von	Freude über kleine Geschenke der Klienten zum Abschied	

			meinen Klienten. Zum Abschied schenken die mir oft was und sei es nur irgendwie eine Kleinigkeit		
	239	119	Aber das allein finde ich so nett. Das, weil, das von denen nicht unbedingt erwarten kann, aufgrund auch ihrer Mentalisierungsschwäche	durch Mentalisierungsschwäche nicht zu erwarten	
	242	120	Dass man sich bei jemanden bedankt was er getan hat und da freu ich mich immer sehr	Freude über Danksagung	
	243	121	Ich habe von einem Klienten letztes Jahr zu Weihnachten eine Karte geschickt bekommen, über so was freu ich mich dann immer sehr	Freude über Grußkarten	
	251	123	Motivation: Tatsächlich bin ich hier einfach so reingerutscht	reingerutscht in die Arbeit	<u>Arbeit mit Doppeldiagnoseklienten ist Zufall:</u> - Keine Überlegungen dazu gemacht
	252	124	Ich hatte mit nicht überlegt, ich will mit Doppeldiagnoseklienten arbeiten	keine vorherigen Überlegungen	<u>Macht Spaß:</u> - Herausforderung der Doppeldiagnose - Theorie zur Entstehung ist spannend - Gefühl, Arbeit macht Sinn, auch ohne maximale Entwicklung der Klienten
	252	125	Es war Zufall, dass ich hier gelandet bin	Arbeit ist Zufall	
	253	126	Und jetzt macht es mir einfach Spaß und deswegen würde ich es nicht aufhören	möchte Arbeit nicht aufhören da es Spaß macht	
	255	127	Ich finde, das man richtig tolle Herausforderung, diese beiden Diagnosen zusammen	Doppeldiagnose als Herausforderung	
	257	128	Ich finde es auch immer sehr spannend, mich mit der Theorie dahinter zu	spannend ist die Theorie zur Entstehung der Erkrankung	

			beschäftigen. Wie es wohl so weit kommen konnte das jemand so arbeitet.		
	259	129	Und ich steh oft ein bisschen ehrfürchtig davor, was die Psyche mit einem alles machen kann. Zu was die in der Lage ist	Ehrfurcht vor der Psyche und dessen Ausprägungen	
	261	130	Ja mir macht es einfach Spaß	Arbeit macht Spaß	
	262	131	Weil ich das Gefühl habe, es macht Sinn, was ich hier mache	Gefühl, Arbeit macht Sinn	
	263	132	Selbst wenn die Klienten nicht in der eigenen Wohnung wohnen, Abitur oder Uniabschluss machen, hat es irgendwie einen Sinn gehabt	Sinn auch ohne eigene Wohnung, Abitur und Uniabschluss	

Tabelle 2: Erster Durchgang der Zusammenfassung von Transkription B

I	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	5	1	Als Erstes geht es darum, eine Beziehung zu ihm aufzubauen	Beziehungsaufbau zu Beginn	<u>Beziehungsaufbau durch:</u> - Fragen nach Lebensdaten des
	6	2	Geht am einfachsten mit den Lebensdaten	einfach mit den Lebensdaten	Klienten → Unterstützung - Empathie
	7	3	Dass er mir ein Bild von sich gibt, aus seiner Sicht	Bild des Klienten aus seiner Sicht	- Kennenlernen des Helfenden und seiner Arbeitsweise - Herstellen von beidseitigem Vertrauen
	8	4	Ich durch Fragen, empathisches Auftreten ihn dabei unterstütze	Unterstützung durch Fragen und Empathie	
	9	5	Und er auch meine Arbeitsweise kennenlernt und mich kennenlernt	Arbeitsweise und Helfenden kennenlernen	
	10	6	Und darüber versucht, eine Vertrauensbasis zwischen dem Patienten und Therapeuten herzustellen	herstellen von Vertrauen zwischen Patient und Helfendem	
	17	7	Eine gewisse Nähe gibt es sicherlich, aber die bleibt beschränkt auf den Arbeitsbereich	gewisse Nähe beschränkt auf die Arbeit	<u>Nähe ist:</u> - nicht privat - nicht freundschaftlich - beschränkt auf die Arbeit
	18	8	Es gibt keine privaten Annäherungen	Annäherungen nicht privat	
	19	9	Ich bin nicht der Freund	nicht freundschaftlich	
	33	10	Voraussetzung? Klarheit und Offenheit	Klarheit und Offenheit	<u>Voraussetzung für gute Beziehungsarbeit:</u>
	33	11	Dass ich offen und ehrlich bin	offen und ehrlich sein	- Klarheit
	34	12	Das gleiche von ihnen erwarte	gleiche Erwartung an Klienten	- Offen und ehrlich sein
	34	13	Und auch kritisch Infrage stelle	kritisch hinterfragen	- Grenzen ansprechen und sich damit auseinandersetzen
	35	14	Es geht nicht darum ihm zu zeigen das er ein Toller ist,	Grenzen klar machen	- Eigene Grenzen und Grenzen vom Klienten wahrnehmen und

			sondern ihm klar zu machen wo Grenzen sind		respektieren
	35	15	Wo meine Grenzen sind, aber auch seine Grenzen sind, die wahrzunehmen und zu respektieren	eigene Grenzen und Grenzen vom Klienten wahrnehmen und respektieren	
	47	16	Beispiel für Grenzen: Das es nicht um mich geht und nicht um mein Leben geht, sondern um seins und seine Problematiken	es geht nicht um die Probleme und das Leben des Helfenden	<u>Grenzen sind:</u> - vorherige Verhaltensweisen - Zwänge - inakzeptables Verhalten
	49	17	Ich ihn unterstütze, wenn er was gut macht oder sich bemüht	Unterstützung bei Bemühungen	- zu nahe private Annäherung - Suchrückfälle
	50	18	Aber auch Verhaltensweisen aus dem vorherigen Leben anspreche	vorherige Verhaltensweisen ansprechen	- Verhaltensrückfälle wie Tricksen - Übertragung von Elternrollen
	51	19	Mich mit ihm auseinandersetze, wenn etwas nicht gut gelaufen ist, wenn es um seinen Zwang geht und ich Verhaltensweisen nicht akzeptieren kann	Auseinandersetzung bei Zwängen, wenn etwas nicht gut läuft und bei inakzeptablen Verhaltensweisen	- Schuldzuweisungen bei Auseinandersetzungen
	54	20	Die müssen angesprochen werden, auch wenn er mir sympathisch ist und es ihm quält	ansprechen der Grenzen, trotz Qual des Klienten und Sympathie	
	55	21	Muss trotzdem angesprochen werden und sich damit auseinandergesetzt werden	ansprechen und Auseinandersetzung muss sein	
	61	22	Vorherige Verhaltensweisen: Also ganz klar Rückfall	Rückfall	
	61	23	Aber auch Verhaltensrückfälle, halt so unsüchtiges Verhalten, eben halt tricksen aus dem Milieu heraus	Verhaltensrückfälle wie Tricksen	
	63	24	Übertragen von vorherigen	Übertragung von Elternrollen	

			Elternrollen, ich bedingt durch mein Alter in die Vaterrolle rutsche		
	66	25	Und dann deutlich zu machen welche Verhaltensweise da, oder wenn es zu Auseinandersetzungen gekommen ist, den eigenen Anteil deutlich zu machen und nicht den Andern die Schuld zu geben	Verhaltensweisen und Mitschuld an Auseinandersetzungen deutlich machen	
II			Erfahrung mit der	Sucht	
	77	26	Süchtige neigen gerne dazu zu tricksen	Süchtige tricksen	<u>Süchtige:</u> - Tricksen
	78	27	Dinge zurückzuhalten, aber gleichzeitig die Suchtseite zu verherrlichen	verheimlichen Dinge und idealisieren die Sucht	- Idealisieren die Sucht - Verheimlichen Dinge
	79	28	Nicht gelernt haben, Situationen auszuhalten, durch zu entwickeln und nicht gelernt haben sich auseinanderzusetzen	nicht gelernt, Situationen auszuhalten und sich damit auseinanderzusetzen	- Oft Konsum in Pubertät - Angst vor Auseinandersetzungen mit Streit und Konflikten
	81	29	Das bedeutet im Umkehrschluss, dass sie große Schwierigkeiten mit der Regulation ihrer Gefühlswelt haben	Schwierigkeiten bei der Regulation der eigenen Gefühlswelt	- Schwierigkeiten mit Gefühlsregulation - Mangelndes Verantwortungsbewusstsein
	84	30	Bei vielen ist es ja, dass die während der Pubertät angefangen haben mit den Drogen und zur Sucht gegangen sind	viele haben Drogenkonsum während der Pubertät begonnen	- Ungeduldig
	86	31	Diesen Konflikt mit den Eltern, das Lernen von Auseinandersetzungen, von Streit, gar nicht durchlebt haben und Erfahrung gesammelt haben und einfach Angst davor haben	Angst vor fehlender Erfahrung in der Auseinandersetzung mit Streit und Konflikten mit den Eltern	
	89	32	Wenn die Angst zu	hineinrutschen in	

			groß wird, dann schnell wieder in ihr süchtiges Verhalten hineinrutschen	Suchtverhalten durch Angst	
	90	33	Große Schwierigkeiten darüber haben, selber Verantwortung zu übernehmen	Schwierigkeiten, Verantwortung zu übernehmen	
	91	34	Verantwortung geben sie gerne an andere ab, die dann für alles geradestehen müssen	Verantwortung wird abgegeben	
	94	35	Da dieses Suchtverhalten, ich werfe etwas ein und dann passiert sofort was, ist für die schwer hier auszuhalten wenn das nicht passiert	ungeduldig	<u>Umgang beim ersten Suchtmittelrückfall:</u>
	100	36	Umgang Suchtmittelrückfälle: Ich konfrontiere damit	Konfrontation	- Motivation und Krankheitseinsicht fördern
	100	37	Versuche das Verhalten, das dazu geführt hat, zu analysieren, durchzusprechen, auseinanderzu- setzen	Analyse, Besprechung, Auseinandersetzung mit Suchtverhalten	- Konfrontation - Ursachenanalyse - Besprechen - Bewältigungs- strategien erarbeiten
	102	38	Was hat dazu geführt und was war schwierig sich vorher Hilfe zu holen, Unterstützung zu holen, das auszuhalten	Ursachen herausfinden	- Hilfe- und Interventionsmaß- nahmen erarbeiten
	104	39	Beim ersten Rückfall zu gucken, was wir in Zukunft anders machen können	Bewältigungsstrategien erarbeiten	<u>Umgang beim zweiten Rückfall:</u> - Eigenverantwortung verdeutlichen
	105	40	Wo wäre Hilfe nötig. Wo können wir auch vorintervenieren	Hilfe- und Interventionsmaß- nahmen erarbeiten	- Motivation und Krankheitseinsicht prüfen
	106	41	Beim zweiten Rückfall dann deutlich zu machen an die Eigenverantwortung und welche	Eigenverantwortung verdeutlichen und Motivation des Rückfalls herausfinden beim zweiten Rückfall	<u>Disziplinarische Entlassung bei:</u> - zu viel Erwartungen - fehlende Motivation und Krankheits-

			Motivation steckt wirklich dahinter.		einsicht
	108	42	Das Infrage stellen, will ich das wirklich, welche Ziele habe ich oder bin ich einfach noch nicht so weit	Bereitschaft Infrage stellen	- zu junges Alter - fehlende Lebenserfahrung ↓
	110	43	Die Bereitschaft, die innere Überzeugung zu prüfen	Bereitschaft und Überzeugung prüfen	Alternativ: mehr Zeit lassen und weniger Druck
	111	44	Ich aber dann den Eindruck habe, das es zu früh ist, wir zu viel erwarten, besser sich zu trennen	bei zu viel Erwartung ist Trennung besser	
	117	45	Wenn man da disziplinarisch Entlassung	disziplinarische Entlassung	
	118	46	Es hat damit zu tun, das einige. Aufgrund ihrer Lebenserfahrung, ihres Alters, noch nicht so weit sind sich ein Leben abstinent vorzustellen	keine Abstinenzmotivation, da junges Alter, wenig Lebenserfahrung	
	122	47	Und nicht wirklich eine Therapiemotivation, also eine Krankheitseinsicht entwickeln	keine Motivation und Krankheitseinsicht	
	124	48	Gerade dann, wenn die mal wieder rückfällig werden, dann zu überprüfen	Überprüfung bei Rückfall	
	127	49	Wenn nicht dies, dann ist es besser, ihn am Tag Zeit zu machen um den Druck nicht zu erhöhen	Alternative ist, mehr Zeit lassen und weniger Druck	
	133	50	Das ist unsere Arbeit, die Motivation und die Krankheitseinsicht zu fördern	fördern der Motivation und Krankheitseinsicht	
	134	51	Das Problem bei Süchtigen ist, das sie gelernt haben zu tricksen	Süchtige tricksen	
	136	52	Sie belügen ja nicht mich, sondern sich	lügen macht Beziehungsaufbau	<u>Lügen machen</u> <u>Beziehungsaufbau</u>

			selber, dadurch wird es unheimlich schwer auch eine Beziehung aufzubauen für sie	schwer	<u>schwer:</u> - schlechtes Gewissen - Beziehungsangebot kann nicht angenommen werden
	138	53	Weil sie ja immer mit einem schlechten Gewissen auf mich dringen	schlechtes Gewissen	- Sorgen sind schwer aushaltbar - führt zu Rückfällen
	139	54	Dieser Druck führt dann, dass es bald wieder zum Rückfall kommt	führt zu einem Rückfall	
	141	55	Weil einfach die Beziehung, das Beziehungsangebot von ihnen nicht angenommen werden kann	Beziehungsangebot kann nicht angenommen werden	
	142	56	Dadurch kommen Sorgen, die für sie schwer auszuhalten sind	Sorgen sind schwer aushaltbar	
	147	57	Die Sucht ist natürlich, um unbequeme Situationen zu durchstehen, mit denen ich keine Erfahrung habe	Sucht um unbekannte Situationen zu bewältigen	<u>Sucht als Bewältigungshandeln:</u> - vor unbekanntem Situationen - vorgelebtes Lösungshandeln - Flucht vor belastender Realität
	149	58	Wenn ich das vorgelebt bekommen habe als Lösungsweg halt	vorgelebtes Lösungshandeln	- fehlende Unterstützung
	150	59	Weil meine Eltern mir vorgelebt haben, dass Sucht ein adäquates Mittel ist mit dem Leben umzugehen	Suchtumgang von den Eltern vorgelebt	
	152	60	Flucht aus dem Hier und Jetzt	Flucht vor der Realität	
	153	61	Weil es so unerträglich ist und keine Unterstützung da ist, dass es einen anderen Weg geben kann	Grund ist Unerträglichkeit, fehlende Unterstützung	
III			Einfluss der psychi	sch	auf die Beziehung
	161	62	Der größte Teil unserer Patienten unter Ängsten leiden	viele leiden unter Ängsten	
	162	63	Unsicher sind indem was sie tun, machen	Unsicherheit im Handeln	

	163	64	Bedingt durch das Durchleben einer Psychose	Grund ist Psychose	
	164	65	Eine Psychose ist wie ein Erdbeben, danach steht nichts mehr aufeinander, ich kann nicht mehr dem trauen was da steht	Psychose ist Erschütterung und führt zum Misstrauen gegenüber der Realität	<u>Psychotiker sind:</u> - ängstlich - unsicher - misstrauisch
	167	66	Diese Verunsicherung zeichnet am Anfang die Person aus	Verunsicherung am Anfang	↓
	168	67	Wichtig ist es für mich, da feste Orientierungspunkte zu geben, damit der Patient sich daran orientieren und überprüfen kann	Orientierungspunkte geben	<u>Orientierungspunkte:</u> - Versprechen einhalten - Zuhören - Regeln konsequent anwenden
	170	68	Stimmt das was ich sage mit dem überein wie ich handle	Versprechen einhalten	↓
	171	69	Das ist am wichtigsten, gerade am Anfang	wichtig am Anfang	<u>führt zu:</u>
	173	70	Höre ich ihm auch wirklich zu, gelten die Regeln für das Haus, werden die von mir genauso angewandt	zuhören, Hausregeln konsequent anwenden	- Sicherheit - Vertrauen - Offenheit
	175	71	Das ist etwas, an dem er sich orientiert und darüber auch eine Sicherheit gewinnt	Sicherheitsgewinn	
	176	72	Dann auch sich öffnen und auch Vertrauen gewinnen kann	sich öffnen, Vertrauen gewinnen	
	177	73	Das zeichnet das aus, ob das Borderliner sind, bis hin zu Psychotikern	gilt für Borderliner und Psychotiker	
	179	74	Sie brauchen alle diese Gewissheit, um auch mir ein größeres Feld zu eröffnen	Gewissheit	
	189	75	Medikamente: Die Medikamente dienen dazu, das	Medikamente dämpfen psychotisches Erleben	

			psychotische Erleben zu dämpfen		
	190	76	Sie heilen ja nicht	heilen nicht	
	191	77	Die Medikamente nötig sind, um überhaupt in eine Beziehung zu kommen	notwendig für Beziehung	
	192	78	Wenn ich mich verfolgt fühle, Beziehungsideen entwickle, das der Andere meine Gedanken lesen könnte oder manipulieren könnte	Gefühl von Verfolgung, Beziehungsideen, Manipulationsangst	<u>Medikamente sind notwendig für Beziehung:</u> - dämpfen Verfolgungsgefühle - Beziehungsideen - Angst vor Manipulation
	194	79	Diese Beziehung nur mit Angst und Abwehr belastet	mit Angst und Abwehr belastete Beziehung	- fördert Auseinandersetzung mit der Psychose
	195	80	Durch die Medikamente kommt der Klient in die Lage sich darauf einzulassen	Medikamente ermöglichen Einlassen auf die Beziehung	Sonst ist Beziehung mit Angst und Abwehr belastet ↓
	197	81	Und einer Erkrankung selbstständig was zu tun	was tun gegen Erkrankung	
	197	82	Zu gucken, was sind Gründe, wofür dient meine Psychose überhaupt	Gründe herausfinden, Zweck der Psychose	
	199	83	Was wehre ich ab, was ich meine nicht ertragen zu können	Psychose zur Abwehr von Belastungen	
IV			Besondere	Situationen	
	210	84	Ganz am Anfang konnte ich ihnen mehr glauben	war glaubhafter am Anfang	<u>Überrascht von der süchtigen Seite:</u>
	211	85	Oder geglaubt habe, ich darf ihnen mehr vertrauen	hatte mehr Vertrauen	- am Anfang glaubhafter - hatte mehr Vertrauen
	211	86	Und mit der süchtigen Seite arg überrascht worden bin	überrascht von der süchtigen Seite	↓
	212	87	Und ich einen Klienten hatte, der depressiv war und auch sympathisch war	depressiver und sympathischer Klient	<u>Gelernt aus Suchtrückfall:</u> - mehr Begrenzungen - klarer in Regeln und Konsequenzen
	215	88	Und ich auch geneigt war, ihm mehr zu glauben	war glaubhafter, da sympathisch	- mehr Orientierung und Hilfe geben
	216	89	Der dann das	Grenzen und Wege	

			Verlassen dieser festen Grenzen, dieser Wege,	verlassen	
	218	90	Bei ihm dazu Anlass genommen hatte, immer wieder rückfällig zu werden	häufiger rückfällig gewesen	
	219	91	Wenn ich diese Erfahrung gehabt hätte, hätte ich ihn klarer begrenzt	Erfahrung, hätte mehr begrenzen müssen	
	220	92	Dadurch mehr Orientierung und Hilfe gegeben	mehr Orientierung und Hilfe	
	221	93	Da fühlte er sich alleingelassen und hat dem nicht vertrauen können, was ich wirklich herstellen konnte	Klient fühlte sich alleingelassen und hatte kein Vertrauen	
	223	94	Das hat sehr auf die Arbeit nachgewirkt	Nachwirkung auf die Arbeit	
	224	95	Ich mein Verhalten wesentlich mehr kontrolliert habe und auch klarer in dem geworden bin, was Regeln und Konsequenzen angeht	mehr Kontrolle im Verhalten und klarer in Regeln und Konsequenzen	
	231	96	Schöne Momente: Es gab einen Patienten, der sehr verschlossen war und sehr ruhig	ruhiger und verschlossener Patient	
	232	97	Wo alle gesagt haben, der läuft hier so durch, ohne dass irgendetwas passiert	Keiner hat an diesen Patienten geglaubt	<u>Schönes Erlebnis:</u> - Patient, der Vertrauen In Beziehungsarbeit gewann
	233	98	Der aber viel Vertrauen in die Beziehungsarbeit und in die Einrichtung gewonnen hat	gewann Vertrauen in die Beziehungsarbeit und in die Einrichtung	- hat heute Arbeit - ist offener und glücklich - fand Widerstand im Leben
	235	99	Der heute sein Job nachgeht, ganz offen, eigentlich ein ganz anderer ist und glücklich ist	hat Arbeit und sich verändert, ist offener und glücklich	
	237	100	Und so etwas zu erleben, ist unheimlich schön	das zu erleben ist schön	
	238	101	Wo über dieses Vertrauen, dass er	zu sich gefunden durch Vertrauen in der	

			über diese Beziehung auch wieder zu sich gefunden hat	Beziehung	
	239	102	Damit man in seinem Leben auch wirklich Widerstand fand	fand Widerstand im Leben	
	244	103	Motivation: sich beide Krankheiten sehr stark bedingen	beide Krankheiten bedingen sich	Arbeit mit einer Erkrankung immer Konfrontation mit der anderen Erkrankung
	245	104	Nur mit Psychotikern arbeiten, bekommt man es immer mit der Suchtseite zu tun	bei Arbeit mit Psychotikern immer Konfrontation mit der Sucht	<u>Klares Arbeitsfeld:</u> - keine Unterscheidung der Krankheiten
	246	106	Und umgekehrt das Gleiche	Arbeit mit Sucht, immer Konfrontation mit Psychose	- keine unterschiedliche Wertung - beide Krankheiten sind gleichwertig
	247	107	Viele Süchtige nicht unbedingt eine Psychose, aber eine Persönlichkeitsstörung oder Depression haben	viele Süchtige haben Psychosen, Persönlichkeitsstörung oder Depression	- Offener Umgang mit Doppeldiagnose - Klienten gehen offener mit Erkrankung um
	250	108	Hier ist das Arbeitsfeld von vornherein ganz deutlich	Arbeitsfeld ist deutlich	
	250	109	Wir unterscheiden nicht, wir werten nicht in beide Richtungen	keine Unterscheidung und verschiedene Wertung der Krankheiten	
	251	110	Sondern beide Krankheiten stehen gleichwertig nebeneinander	beide Krankheiten sind gleichwertig	
	252	111	Und wir können damit offen umgehen	offener Umgang	
	253	112	Auch die Klienten können das, weil sie genau wissen, dass wir das so betrachten bei der Erfahrung	Klienten gehen dadurch offener mit der Erkrankung um	

Tabelle 3: Erster Durchgang der Zusammenfassung von Transkription C

I	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	9	1	Erst mal gestalte ich die Beziehung frei ab von Diagnosen	Beziehungsgestaltung ist unabhängig von der Diagnose	
	10	2	Ich gestalte erst mal Beziehung zu Bewohnern und nicht zu Doppeldiagnosepatienten	Beziehungsgestaltung zu Bewohnern	Beziehungsgestaltung ist unabhängig von der Diagnose → Mensch wird als gesunder Mensch gesehen
	12	3	Erst mal so ranzugehen, zu gucken, was der Klient an Beziehungsmöglichkeiten anbietet	Angebot an Beziehungsmöglichkeiten eruieren	Beziehungsangebot der Klienten eruieren
	13	4	Es gibt Bewohner, die brauchen Abstand und Zeit, um Vertrauen aufzubauen	einige Bewohner benötigen Zeit zum Vertrauensaufbau	Beziehungsgestaltung ist individuell, altersabhängig und folgt keinem Schema
	15	5	Es gibt Bewohner, die sind sofort bei einem	auch Bewohner, die schnell Vertrauen haben	<u>Bei jungen Klienten ist Beziehung:</u>
	15	6	Ist auch altersabhängig, wie ich die Beziehung aufbaue	Beziehungsaufbau ist altersabhängig	- eher autoritär - mit wohlwollender Gutmütigkeit
	16	7	Ich versuche erst den Menschen als gesunden Menschen zu sehen	Mensch wird als gesunder Mensch gesehen	- eher väterlich
	17	8	Gehe nicht gleich ran, das ist ein Doppeldiagnoseklient, da muss ich nach Schema so oder Schema so vorgehen	Beziehungsgestaltung folgt keinem Schema	<u>Bei gleichaltrigen und älteren Klienten:</u> - Eigenständigkeit steht im Vordergrund - Kommunikation auf gleicher Augenhöhe - sollen sich nicht kleingemacht fühlen
	19	9	Ich sehe die Leute ganzheitlich	Menschen ganzheitlich sehen	
	20	10	Je nach dem was sie brauchen, gehe ich an die Beziehung ran	Beziehung je nach dem was der Klient braucht	
	21	11	Wir haben viele junge Leute, die müssen alle noch nachreifen und da geh ich eher autoritär in den Kontakt, aber auch wohlwollend	bei jungen, unreifen Klienten eher autoritärer und wohlwollender Kontakt	
	24	12	Also so ein bisschen	bisschen väterlich	

			väterlich		
	25	13	Eine Orientierung und autoritäre Ausstrahlung, aber auch mit wohlwollender Gutmütigkeit	Orientierung an autoritäre Ausstrahlung und Gutmütigkeit	
	27	14	Während ich mit Klienten, die mein Alter oder älter sind, dann geh ich ganz anders drauf zu	bei gleichaltrigen und älteren Klienten andere Kontaktgestaltung	
	29	15	Da stell ich die Eigenständigkeit in den Vordergrund und eine Kommunikation auf Augenhöhe	im Vordergrund steht Eigenständigkeit und Kommunikation auf gleicher Augenhöhe	
	31	16	Dass sie sich nicht kleingemacht fühlen	sollen sich nicht kleingemacht fühlen	
	32	17	Ist ganz individuell, es gibt nicht die Herangehensweise	Beziehungsgestaltung ist individuell	
	47	18	Grundlage hier ist, dass Klient und Mitarbeiter sich siezen	es wird sich gesiezt	<u>Abgrenzung:</u> - es wird sich gesiezt
	48	19	Keiner der Bewohner kennt meinen Wohnort oder die Straße, wo ich wohne	Wohnort kennen die Klienten nicht	- kennen nicht den Wohnort
	49	20	Was sie mitbekommen ist, dass ich Kinder habe, weil die dann auch mal hier sind	Klienten wissen über Kinder bescheid	<u>Nähe:</u> - Bescheid wissen über Kinder - kennen den Beziehungsstatus
	53	21	Ob ich eine Freundin habe oder verheiratet bin, das kriegen die schon mit	Klienten bekommen den Beziehungsstatus mit	
II			Erfahrung mit der	Sucht	
	78	22	Umgang Suchrückfälle? Das ist natürlich total individuell	Individueller Umgang mit Suchrückfällen	<u>Umgang mit Suchrückfall ist individuell:</u>
	78	23	Gehen wir erst mal vom Suchtdruck aus und das der Bewohner die Offenheit hat, sich bei mir zu melden	ausgehen von Suchtdruck und Bewohner sagt das	- Wenn Bewohner dies meldet: → Gespräch zur Ursachenklärung → Ursache wird besprochen
	80	24	Das ist ja nicht immer der Fall	ist nicht immer so	
	81	25	Bei uns sollte es der Fall sein	es sollte so sein	

	82	26	Versuchen wir im Gespräch zu eruieren, ob es da einen bestimmten Auslöser gibt	im Gespräch Ursache herausfinden	Wenn Auslöser nicht erkennbar: → Level des Klienten klären
	83	27	Also ein bestimmter Stressfaktor, ein Tricker, der das ganze ausgelöst hat	Suche nach Stressfaktoren und Tricker	
	84	28	Wenn das der Fall ist, versuchen wir genau diese Situation zu besprechen	Auslöser wird besprochen	
	85	29	Im günstigen Fall kehrt eine Beruhigung ein und der Suchtdruck minimiert sich	Beruhigung und Minimierung des Suchtdrucks	
	86	30	Es kann aber auch sein, dass kein Auslöser erkennbar ist und Suchtdruck da ist	Auslöser nicht zu erkennen ist möglich	
	88	31	Dann müssen wir gucken, auf welchem Level derjenige ist	dann wird nach dem Level geguckt	
	89	32	Sollte es zu einem Suchtmittelrückfall kommen, gibt's bei uns die Regel, dass sofort die Entgiftung aufgesucht wird	bei Suchtrückfall wird Entgiftung aufgesucht	
	99	33	Wenn ein Klient rückfällig wird, muss er das Haus verlassen	bei Rückfall muss Einrichtung verlassen werden	
	103	34	Die Betreuung wird nicht beendet	Betreuung bleibt erhalten	
	107	35	Er darf nicht intoxikiert hier sein	darf intoxikiert nicht in Einrichtung bleiben	
		36	Wenn jemand sagt: „Ich hab getrunken oder bin rückfällig“ oder wenn jemand erwischt wird, ist der sofortige Weg in die Entgiftung	bei Rückfall sofortige Entgiftung	<u>Suchtrückfall:</u> - Haus muss sofort verlassen werden - sofortige Entgiftung - Betreuung bleibt erhalten wenn keine Intoxikation
	111	37	Würde sich der Klient weigern, müssten wir ihn vor die Tür setzen	bei Weigerung Hinausschmiss	
	113	38	Wir betreuen nur, wenn er hier auf null ist	Betreuung nur bei Drogenabstinenz	
III			Einfluss der psychischen Störungen	chen Störungen	auf die Beziehung
	121	39	Das hängt von den	Einfluss ist abhängig	

			psychischen Erkrankungen ab	von der Erkrankung	
	123	40	Wenn wir von einer Schizophrenie ausgehen, neigen die Klienten dazu, sehr sensibel zu sein	schizophrene Klienten sind sehr sensibel	<u>Einfluss ist abhängig von der Erkrankung:</u> - bei Schizophrenie: Reizoffenheit, geringer Ich- Stärke, Unsicherheit, Bedrohung und Krisen → Behutsamer Umgang und beruhigen
	124	41	Dann auch reizoffen zu sein und eine geringe Ich- Stärke zu haben	sind reizoffen und haben geringe Ich- Stärke	→ Symptome auf Realität überprüfen
	126	42	Gehen wir natürlich behutsam miteinander um	behutsamer Umgang	
	126	43	Wenn eine kriselige Situation da ist und versuchen, die Symptome auf Realität zu überprüfen	bei Krisen werden Symptome auf die Realität hin überprüft	<u>Symptomfreie Schizophrenie:</u> - Konfliktumgang und Konfrontation wie bei gesunden Menschen
	129	44	Sprich schon behutsam, um da auch für die Klienten eine Sicherheit aufzustellen	Sicherheit für die Klienten durch behutsamen Umgang	
	130	45	Bei Psychose-Symptomen als absolute Unsicherheit und auch Bedrohung angenommen werden	bei psychischen Symptomen der Unsicherheit und Bedrohung	
	132	46	Das ist unser Job, da auch ein bisschen Beruhigung zu schaffen	Aufgabe ist, zu beruhigen	
	134	47	Bei symptomfreien Schizophrenie-kranken Menschen, die medikamentös gut eingestellt sind, gehe ich genauso in Konflikte wie mit gesunden Menschen	bei symptomfreier Schizophrenie gleicher Konfliktumgang wie bei gesunden Menschen	
	136	48	Wenn jetzt im Alltag Dinge schief laufen oder Regelverstöße da sind, werden diese Klienten genauso konfrontativ behandelt	bei Regelverstößen gleiche konfrontative Behandlung	
	139	49	Im Fall der	bei Krisen	

			Auffälligkeiten einer kriseligen Situation reagieren wir entsprechend behutsamer	behutsamerer Umgang	
	154	50	Medikamente als Voraussetzung für Beziehungsarbeit? Eine Beziehungsarbeit ist nur möglich, wenn die Symptomlastigkeit sehr gering ist	Beziehungsarbeit nur bei geringer Symptomlastigkeit möglich	Beziehungsarbeit nur bei geringer Symptomlastigkeit möglich
	155	51	Weil jemand, der eine florierende Psychose hat, keine schwere Beziehungsarbeit leisten kann	mit wachsender Psychose ist keine schwere Beziehungsarbeit leistbar	<u>Bei Persönlichkeitsstörungen ganz anderer Umgang:</u>
	157	52	Das sieht anders aus bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung	ist anders bei Menschen mit Persönlichkeitsstörung	- mehr Distanz - klare Kommunikation
	158	53	Da ist die Beziehungsarbeit natürlich eine ganz andere	andere Beziehungsarbeit	
	159	54	Da geht es um Distanz, da geht es um eine klare Kommunikation	mehr Distanz und klare Kommunikation	
	160	55	Das ist ein anderer Umgang	anderer Umgang	
	161	56	Also es hängt von der Erkrankung ab	abhängig von der Erkrankung	
IV			Besondere	Situationen	
	172	57	Bewohner, den ich betreut hatte, litt an einer stark ausgeprägten Borderlinestörung	Bewohner mit Borderlinestörung	
	173	58	Mit ganz stark selbstverletzendem Verhalten	hatte starkes selbstverletzendes Verhalten	<u>Klient mit Persönlichkeitsstörung + selbstverletzendes Verhalten + dissoziative Zustände</u>
	174	59	Hat sich massiv verbrannt und ist auch ganz stark in dissoziative Zustände gegangen	Verbrennungen und dissoziative Zustände	- Kontaktaufnahme war nicht möglich - Nach Verlassen der Einrichtung → Rückfall und daran verstorben
	177	60	Und man keine Kontaktaufnahme herstellen konnte	Kontaktaufnahme war nicht möglich	

180	61	Der ist dann irgendwann gegangen und ganz stark rückfällig geworden und auch verstorben an diesem Rückfall	hat Einrichtung verlassen und ist an Rückfall verstorben	- Bei dieser Erkrankung ↓ genauere Ressourcenanalyse
182	62	War schon eine ziemlich harte Nummer	harte Erfahrung	
183	63	Hat uns dazu gebracht, dass wir bei Menschen mit selbstverletzendem Verhalten und einer emotional instabilen Persönlichkeit genauer gucken welche Ressourcen da sind	genauer die Ressourcen eruieren	<u>Ausschluss bei Selbstverletzung + aktiver Betreuung</u> - Klienten können Beziehung nicht aushalten - Betreuung wäre kontraindiziert
186	64	Um mit dieser Erkrankung umzugehen	für Umgang mit dieser Erkrankung	
187	65	Wenn jemand zu Selbstverletzung neigt oder diese auch noch aktiv betreibt, ist das für uns ein Ausschlusskriterium	Ausschluss bei Neigung zur Selbstverletzung und aktivem Betreiben	
188	66	Weil deutlich wurde, dass wir Beziehungsarbeit machen	machen Beziehungsarbeit	
189	67	Diese Menschen noch gar nicht in der Lage sind, dieses Maß an Beziehung auszuhalten	diese Klienten können die Beziehung nicht aushalten	
191	68	Das ist kontraindiziert, die Leute hier zu betreuen	Betreuung wäre kontraindiziert	
199	70	Motivation: Ich habe schon vorher mit Menschen, die eine psychische Erkrankung haben, gearbeitet	vorherige Tätigkeit mit psychisch erkrankten Menschen	- aufmerksam auf Stelle geworden - hatte keine Berührungsängste - konnte es sich gut vorstellen
201	71	Bin auf die Stelle aufmerksam geworden	aufmerksam geworden auf die Stelle	
202	72	Da ich keine Berührungsängste mit der Sucht habe	keine Berührungsängste mit Sucht gehabt	
203	73	Konnte ich es mir gut	konnte es sich gut	

			vorstellen und immer noch gut vorstellen	vorstellen	
--	--	--	---	------------	--

Tabelle 4: Erster Durchgang der Zusammenfassung von Transkription D

I	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	9	1	Ich mache hier überwiegend die Erstgespräche	macht überwiegend Erstgespräche	
	14	2	Ich habe einen standardisierten Fragebogen, wo ich erst die wichtigsten Daten erhebe	erhebt die wichtigsten Daten	<u>Erste Kontaktgestaltung:</u> - Datenerhebung - Nicht nur Fragen und Antworten
	16	3	Und jetzt nicht nur Diagnosen	nicht nur Diagnosen	- Geht auf Klienten ein
	17	4	Sondern auch, ist jemand krank, ist jemand gruppenfähig, ist jemand bereit, sich an Regeln zu halten	auch Krankheiten, Gruppenfähigkeit, Bereitschaft sich an Regeln zu halten	- Eindruck von dem Klienten machen (Akzeptanz, Gruppenfähigkeit) - Schildert die Eindrücke auch - Aufforderung zur Selbstbeschreibung
	18	5	Die ganzen Einschränkungen, die da sind, in Kauf zu nehmen	akzeptieren von Einschränkungen	↓ Kennenlernen
	20	6	Hat jemand vielleicht schon therapeutische Vorerfahrung	therapeutische Vorerfahrung	
	21	7	Vielleicht auch schon eine Idee, wo es thematisch, hinsichtlich seiner Problematik, geht	eine Vorstellung von Hilfe	
	23	8	Da geht es nicht nur darum, dass ich Fragen stelle und die mir Antworten	es geht nicht nur um Fragen und Antworten	
	25	9	Sondern da geht es schon drum, dass da so was wie eine Beziehung entsteht	es entsteht da schon eine Beziehung	
	26	10	Ich gehe auf die Leute ein	geht auf die Klienten ein	
	27	11	Ich versuche mir schon ein Bild zu machen von jemanden, hinsichtlich dessen was er bräuchte	versucht sich ein Bild von den Klienten zu machen	
	28	12	Hinsichtlich dessen was er bräuchte, welchen Hilfebedarf er hat, wie eine Therapie aussehen könnte	Hilfebedarf und Therapieaussehen	- Signalisiert Ansprechbarkeit - unternimmt gemeinsame Spiele mit den Klienten - Nimmt sich Zeit für

					Klienten
	30	13	Aber sag demjenigen das auch	sagt das auch	- Wertschätzen
	30	14	Mach nicht selten die Erfahrung, dass sich die Leute verstanden fühlen, ernstgenommen fühlen	Erfahrung: Klienten fühlen sich ernstgenommen und verstanden	
	40	15	Es hat schon eine Beziehungsgestaltung stattgefunden	Beziehungsgestaltung hat stattgefunden	
	41	16	Die kennen mich , die wissen wie ich aussehe und wo sie mich finden	Kennenlernen	
	43	17	Ich ermuntere ja auch alle Bewohner, ich bin zu sprechen	ermuntert Bewohner für Gespräche	
	44	18	Das ist ein Signal, die Leute aufzufordern	gibt Signale zur Aufforderung	
	58	19	Ich fordere die Leute auf, sich mit ihren Worten zu beschreiben	Aufforderung sich selbst zu beschreiben	
	80	20	Da muss erst mal ein Beziehung da sein, um die zu haben, mach ich auch selbst immer wieder Veranstaltungen hier	macht Veranstaltungen	
	84	21	Das können unterschiedliche Sachen sein, Neigungsgruppe oder Billard spielen	Neigungsgruppe oder Billardspiel	
	86	22	Dass die sehen, der sitzt nicht nur am Schreibtisch, sondern der kann auch Billard spielen	Eindruck, sitzt nicht nur am Schreibtisch	
	88	23	Wenn ich mit denen Billard spiel, dann ist das kein therapeutisches Billard, dann versuche ich die fertig zu machen	kein therapeutisches Billard	
	90	24	Da ich das ganz gut kann, ist es immer was Besonderes, wenn ich die schlage, da passiert was	Situation hat was Besonderes	
	95	25	Aber dann muss man mit unseren Leuten ja Mildtempo machen	mildes Tempo mit Klienten machen	
	100	26	Wenn ich jemanden	nimmt sich Zeit	Beziehung als

			exklusiv gegenüberste, mir die Zeit nehme		Voraussetzung für die Arbeit
103	27		Die Leute fühlen sich gewertschätzt	Klienten fühlen sich gewertschätzt	
108	28		Mache persönlich auch Wochenenddienste und Feiertagsdienste	macht Wochenend- und Feiertagsdienste	
114	29		Die Bewohner sehen eben auch, ich bin ansprechbar	Bewohner sehen, MitarbeiterIn ist ansprechbar	
122	30		Wir siezen die Bewohner und haben natürlich eine professionelle Distanz zu allen	Bewohner werden gesiezt	
124	31		Wir sind in Kontakt und das ist die Basis für die Arbeit, die wir hier machen	Kontaktgestaltung ist Basis für die Arbeit	
127	32		Grade dieses Kunststück, einerseits dieses sanktionierende, konfrontierende und auf der anderen Seite das fürsorgliche, auf jemanden eingehen, kann nur funktionieren, wenn als Basis eine Beziehung vorhanden ist	Beziehung als Voraussetzung, das konträre Interaktion, von Konfrontation und Fürsorge gelingen kann	
133	33		Das heißt, Beziehung fußt auf Vertrauen	Vertrauen ist Voraussetzung für Beziehung	<u>Voraussetzung für Beziehung:</u> - Vertrauen
134	34		Natürlich erwarten wir ein Stück Vertrauensvorschuss	Vertrauensvorschuss von den Klienten	- Vertrauensvorschuss der Klienten in Regeln, Vorschriften und Ansagen
134	35		Am Anfang verstehen die Leute nicht wo die Reise hingeht, warum sind die ganzen Regeln, Vorschriften und Ansagen	Vertrauen in den Regeln, Vorschriften und Ansagen	
175	36		Nähe/ Distanz: Die wissen ich bin verheiratet, habe zwei Kinder, welches Auto ich fahre und das ich im Sommer nach Frankreich in den Urlaub fahre	Klienten wissen Beziehungsstatus, Kinder, Automarke, Urlaubsort	
178	37		Ich zeige keinem meine Kontoauszüge	zeigt keine Kontoauszüge und	<u>Abgrenzung:</u> - Kontoauszüge

			oder andere private Dinge	andere private Dinge	- private Sorgen
	181	38	Wenn Gespräche in so eine Richtung gehen, das völlig in Ordnung ist, natürlich haben die Klienten ein berechtigtes Interesse, mehr von mir zu erfahren	Klienten haben berechtigtes Interesse, mehr zu erfahren	- Leid der Klienten - sexuelle Dinge - Klienten werden gesiezt → sind häufig distanzlos - Keine Umarmung, tätscheln, trösten
	185	39	Die Jazzcover an den Wänden, das ist eine gute Sache, eine Einladung ins Gespräch zu kommen	Musikgeschmack als Einladung ins Gespräch zu kommen	- Für Verständnis nicht die gleichen Erfahrungen haben
	192	40	Das heißt, ich rede auch gerne über Musik mit den Bewohnern	redet gerne über Musik mit den Klienten	
	193	41	Ich erzähl auch nicht, ich versteh von Fußball nichts, interessiert die nicht	erzählt über keine Dinge, die die Klienten nicht interessieren	<u>Nähe:</u> - Beziehungsstatus - Kinder
	196	42	Das ist völlig problemlos, sich auf etwas Privates zu bewegen	private Gespräche sind problemlos	- Autamarke - Urlaubsort
	198	43	Aber natürlich gibt es Dinge, die privat sind und die gehen keinen was an	Einige Sachen gehen den Klienten nichts an	- Musikgeschmack
	199	44	Ob ich zuhause Sorgen habe in meiner Beziehung oder mit meinen Kinder	private Sorgen	
	202	45	Nähe und Distanz heißt ja auch, was lasse ich von dem Leid zu und nehme es mit nach Hause. Das ist eine Basis, um in diesem Job nicht kaputt zu gehen, sich auch abgrenzen zu können	abgrenzen vom Leid der Klienten	
	208	46	Ich muss nicht alles erfahren haben, um alles verstehen zu können	man muss nicht für Verständnis alles selbst erfahren haben	
	223	47	Wenn es um sexuelle Dinge geht, muss es klar sein, bis hier hin und nicht weiter	bei sexuellen Dingen klare Abgrenzung	
	236	48	Die Bewohner, viele kommen auch distanzlos an	viele Klienten kommen distanzlos an	

	237	49	Die müssen Signale bekommen, deshalb siezen wir hier alle	werden deshalb gesiezt	
	246	50	Wir haben eine Arbeitsbeziehung zueinander und keine private Beziehung	da Arbeitsbeziehung und keine private Beziehung	
	247	51	Wenn ich eine private Beziehung habe, duze ich mich mit den Leuten	duzen bei privater Beziehung	
	248	52	Auch mit den Kollegen, es ist zwar eine Arbeitsbeziehung, aber es ist eine kollegiale Beziehung	duzen bei kollegialer Beziehung	
	283	53	Bewohner anzufassen, im Arm zu nehmen oder zu tätscheln geht nicht	Klient nicht umarmen und tätscheln	
	285	54	Wenn jemand vor einem sitzt und heult wie ein Schloshund, natürlich kann man den Impuls haben, den trösten zu wollen, aber das muss man anders machen. Das muss man professionell machen.	Klienten nicht trösten, muss professionell gemacht werden	
II			Erfahrung mit der	Sucht	
	300	55	Also Umgang mit Suchtmittelrückfällen ist bei uns geregelt, indem wir ausschließlich Einzelfallentscheidungen treffen	bei Suchtmittelrückfall, Umgang durch Einzelfallentscheidungen	Nicht jeder Rückfall ist gleich → Einzelfallentscheidungen
	303	56	Weil Rückfall ist nicht gleich Rückfall	nicht jeder Rückfall ist gleich	<u>Verschiedene Ursachen für Rückfall:</u>
	305	57	Rückfall würde ich definieren als ein erneuter Suchtmittelkonsum, bei angestrebter Abstinenz	Rückfall als Suchtmittelkonsum bei angestrebter Abstinenz	- Überforderung, Belastung, Probleme - aus Spaß, da wenig Abstinenzmotivation
	306	78	Die Leute wollen weiterhin abstinent bleiben, haben aber konsumiert, obwohl sie es nicht wollten	Klienten wollten nicht konsumieren	- Therapiemüdigkeit - Dumme Gedanken - Altes Milieu
	308	79	Das kann oft so Gründe haben, Überforderung, Belastung, Probleme	Grund ist Überforderung, Belastung, Probleme	↓ Wichtig: Genaues Hinsehen - Klient soll das

					verstehen und daraus lernen
	309	80	Und das muss man sich genau angucken	muss genau angesehen werden	
	310	81	Damit derjenige auch daraus was lernen kann und was kapiert an der Stelle	damit Klient das begreift und daraus lernt	
	311	82	Es kann aber auch sein, dass jemand aus Jux und Tollerei rückfällig wird und gar nicht abstinenz motiviert ist	aber auch Rückfall aus Spaß, da zu wenig Abstinenzmotivation	
	313	83	Weil der Außendruck dazu geführt hat, jetzt hier zu sein	Außendruck führte dazu, in Einrichtung zu sein	
	318	84	Kann aber auch sein, dass nach längerer Phase eine Therapiemüdigkeit eintritt	oder Therapiemüdigkeit als Ursache	
	319	85	Dann kommt jemand auf dumme Gedanken oder verkehrt wieder in alten Kreisen	dumme Gedanken oder altes Milieu	
	321	86	Da ist nun wichtig genau hinzugucken, was ist da gewesen	wichtig ist: Genauer nach den Ursachen gucken	
	322	87	Wenn jemand Suchtmittel mit in das Haus nimmt, fliegt er raus. Wenn jemand versucht eine Party zu schmeißen, fliegt der raus	Mitbringen von Suchtmitteln und Veranstaltung von Partys führt zum Rausschmiss	
	331	88	Wenn jemand rückfällig geworden ist, dann nehmen die anderen Bewohner das als Bedrohung für ihren cleanen Status wahr	Rückfall wird als Bedrohung von den anderen Klienten empfunden	
	336	89	Insofern neigen die Bewohner zu drastischeren Konsequenzen, als wir im Team das machen	neigen zu drastischeren Konsequenzen als die MitarbeiterInnen	
	340	90	Da würden wir vielmehr Leute vor die Tür setzen, als wir das so tun	entlassen nicht so viele Leute	
	342	91	Weil jeder, das ist nun mal nicht in der Natur dieser Erkrankung, kann rückfällig werden	weil jeder mit der Erkrankung rückfällig werden kann	
	344	92	Da ist nun wichtig,	wichtig ist genaues	

			genau hinzugucken	Hinsehen	
	344	93	Damit derjenige auch die Möglichkeit hat, aus diesem Fehler zu lernen, um das zukünftig nicht wieder zu machen	derjenige soll für die Zukunft daraus lernen	<u>Klienten werden nicht gleich entlassen:</u> - Rückfälle gehören zur Erkrankung - Ausnahme: Mitbringen von Suchtmitteln
	348	94	Das Andere ist das süchtige Verhalten, dass was die Leute mitbringen an Konsumverhalten	das Andere ist das süchtige Verhalten	
	349	95	An Bequemlichkeit, an Laissez- faire	Bequemlichkeit und Laissez- fair	Deutlich machen von süchtigem Verhalten, wie Bequemlichkeit, Laissez- fair, Ungeduld
	351	96	Schräge Sachen, die im Zusammenhang mit dieser jahrelang gelebten Sucht	schräge Sachen im Zusammenhang mit gelebter Sucht	↓ Widerstand der Klienten
	354	97	Da ist wichtig, denen das deutlich zu machen	wichtig ist, denen das zu verdeutlichen	- Abstinenz als Bedrohung, ist nicht vorstellbar
	355	98	Das ist auf Seiten der Bewohner mit Widerstand verbunden	verbunden mit Widerstand der Bewohner	↓ Erfahrung machen
	360	99	Die Meisten können sich gar nicht vorstellen ohne Suchtmittel zu leben	Abstinenz ist nicht vorstellbar	- Spaßig, witzig und albern sein auch ohne Drogen
	361	100	Für die ist das eine Bedrohung	wird als Bedrohung empfunden	
	365	101	Das ist ein Erfahrungsprozess	ist ein Erfahrungsprozess	
	365	102	Die Leute merken, ich kann Spaß haben, ich kann witzig sein, albern sein, das darf ich hier auch, weil das geht auch alles ohne Drogen	dürfen Spaß haben, witzig und albern sein auch ohne Drogen	
	373	103	Die meisten haben eine Psychose, wo es wichtig ist, einen beschützenden Rahmen zu geben	schützenden Rahmen bei Psychose geben	Schonraum und Empathie bei Psychose → Klarheit und Konsequenz bei Sucht ↓ <u>Ist kein Gegensatz</u>
	375	104	Auf der anderen Seite ist es überhaupt kein Gegensatz, sehr klar und konsequent jemandem	Klarheit und Konsequenz bei Sucht ist kein Gegensatz dazu	↓ Voraussetzung ist vertrauensvolle Beziehung

			gegenüberzutreten. Der wieder auf der Tastatur der Sucht spielt		
	379	105	Da gibt es kein Schonraum oder Empathie	dann kein Schonraum und Empathie	
	381	106	Das bedeutet gar nicht, dass man ständig die Mütze wechseln muss. Also mal bin ich so, mal bin ich so	man muss nicht dazwischen hin und her wechseln	
	384	107	Aber Basis, damit das funktioniert, ist eben Beziehung, die da sein muss	Beziehung muss dafür da sein	<u>Süchtige:</u> - Viele ohne Schulabschluss - Sind eingeschränkt und verlangsamt
	389	108	Also erst mal eine Beziehung schaffen zu den Leuten, eine vertrauensvolle Beziehung	zuerst also vertrauensvolle Beziehung schaffen	- Haben wenig Intellekt ↓ - Geduld haben
	395	109	Dazu gehört auch Geduld mit.	dazu gehört Geduld	- Etappenziele für Erfolge definieren
	396	110	Die Bewohner sind eingeschränkt, sind verlangsamt	Bewohner sind eingeschränkt und verlangsamt	
	398	111	Viele haben keinen Schulabschluss oder mit Ach und Krach	viele ohne Schulabschluss	
	399	112	Sind intellektuell auch nicht so fit, das man erwarten kann, da fällt immer gleich der Groschen	haben wenig Intellekt	
	424	113	Deshalb ist es wichtig, nicht irgendwelche Fernziele zu definieren	wichtig ist, keine Fernziele zu definieren	
	429	114	Das heißt, man braucht Etappenziele. Also irgendwo noch erreichbare Etappenziele, damit man dann auch erfolgreich sein kann	sondern Etappenziele, um Erfolg zu erleben	
	433	115	Ich kenne keinen Süchtigen der geduldig ist. Das geht immer um das Hier und Jetzt.	Süchtige sind ungeduldig	
	436	116	Das ist ein Lernprozess, der für viele ziemlich mühsam ist. Also Geduld aufzubringen,	müssen lernen, Geduld aufzubringen, abzuwarten auf Erfolge und gute Gefühle	

			abwarten können, bis sich Erfolge einstellen oder sich was gut anfühlt		
III			Einfluss der psychischen Störungen auf	die Beziehung	
	449	117	Also die meisten haben hier eine Psychose, eine Schizophrenie	die meisten haben eine Psychose/ Schizophrenie	
	449	118	Fast alle kriegen Medikamente, die haben natürlich Nebenwirkungen	fast alle bekommen Medikamente mit Nebenwirkungen	<u>Nebenwirkung von Medikamenten:</u> - Antriebsminderung - Einschränkungen
	452	119	Die Leute sind eingeschränkt, die sind antriebsgemindert	Klienten sind eingeschränkt und antriebsgemindert	<u>Früher Cannabiskonsum:</u> - Schlechte Konzentration
	453	120	Die meisten haben mit vierzehn, fünfzehn angefangen zu kiffen. Das heißt, sie können sich schlecht konzentrieren, schlecht Sachen merken	schlechte Konzentration und Merkfähigkeit, da früher Cannabiskonsum	+ Merkfähigkeit ↓ Klienten nicht überfordern
	457	121	Das ist wichtig im Hinterkopf zu haben und jemand nicht zu überfordern	wichtig ist, nicht zu überfordern	
	460	122	Kann auch sein, dass der noch präpsychotisch ist, noch Stimmen hören, Filme fahren, spacig sind. Das hat bestimmte Konsequenzen	bestimmte Konsequenzen bei Präpsychose	Bei präpsychotischen Symptomen ↓ - Nicht rücksichtslos reagieren - Geduld haben
	468	123	Dann ist es natürlich wichtig, da nicht barsch zu reagieren	wichtig ist, nicht barsch zu reagieren	
	470	124	Und dann die Geduld aufzubringen	Geduld haben	
	474	125	Psychose ist ja nicht nur im Sinne von Krankheit einzuschätzen, sondern Psychose hat auch einen gewissen Reiz in Verbindung mit Drogen	Psychose hat auch einen Reiz, in Verbindung mit Drogen	<u>Paradox:</u> <u>Lernen mit Psychose umzugehen und gleichzeitig daran festhalten</u> - Psychose hat einen Reiz/ ist positiv besetzt → Aktivitäten, die das verstärken
	475	126	Viele haben ja auch Drogen konsumiert, um bestimmte Erfahrungen zu machen, die sie sonst	Drogenkonsum, um neue Erfahrungen zu machen	↓ <u>Vermitteln, das ist nicht gut</u> - Klienten müssen lernen, sich zu

			nicht gemacht hätten		Entscheiden/ klar darüber werden
	479	127	Das ist ja auch positiv besetzt	ist positiv besetzt	
	479	128	Die haben Drogen konsumiert, haben die Erfahrung gemacht, die ja auch psychosenah gewesen sind	Erfahrungen sind psychosenah	
	481	129	Haben dann die Psychose bekommen und damit letztendlich sich ein Problem eingefangen	dann Psychose bekommen	
	487	130	Aber auch die richtige Psychose hat für einige immer noch was verführerisches	Psychose hat für einige was verführerisches	
	489	131	Da gibt es einen Teil, die halten an der Psychose fest	ein Teil hält an der Psychose fest	
	490	132	Auf der einen Seite zu lernen, mit der Psychose klar zu kommen	zu lernen, mit der Psychose umzugehen	
	493	133	Auf der anderen Seite aber teilweise an dieser Psychose festhalten wollen	aber an der Psychose festhalten zu wollen	
	495	134	Auch das ist ein Lernprozess für viele, das sie verstehen müssen, ich muss mich entscheiden	müssen lernen, sich zu entscheiden	
	499	135	Daran festhalten, weil es eben mit faszinierenden Dingen zu tun hat	Festhalten, da Faszination	
	503	136	Das unsere Bewohner genau die Filme sehen, wo wir sagen: „das ist genau das Verkehrte“	Klienten sehen gerade die Filme, die für sie nicht gut sind	
	505	137	Da kommen solche Sachen zum Ausdruck	Paradox kommt da zum Ausdruck	
	506	138	Dann ein Bewusstsein darüber vermitteln, dass es nicht gut ist für sie	Vermitteln, dass es nicht gut ist	
	510	139	Das ist ein wichtiger Teil und das dauert manchmal bis jemand sich klar wird	dauert, bis Klienten sich klar darüber werden	
IV			Besondere	Situationen	

	534	140	Es gibt natürlich immer wieder Situationen, die sich vom Alltagsgeschehen absetzen	Situationen, die sich vom Alltag absetzen	
	535	141	Nicht so häufig sind und auch was Besonderes haben	nicht häufig und besonders	
	537	142	Wir haben leidvolle Erfahrungen mit Borderlinern, Persönlichkeitsgestörten, überwiegend gemacht	leidvolle Erfahrungen mit Borderlinern und Persönlichkeitsgestörten	<u>Seltene Ausnahmesituationen die sich vom Alltag absetzen:</u> - Klientin hatte sich kräftig geschnitten und stark geblutet
	539	143	Wo wir gemerkt haben, denen tun wir nicht gut, weil wir zu sehr mit Beziehung arbeiten	zu viel Beziehung tut denen nicht gut	- War allein in Situation - Ruhig bleiben, trotz Aufregung
	540	144	Das halten die nicht aus	können das nicht aushalten	
	541	145	Wir sind nett, das ist alles gut, aber die kriegen das nicht hin, für die ist das zu viel Nähe	ist zu viel Nähe	- Wurde fast geschlagen - Polizei musste verständigt werden - Klient musste Haus verlassen
	542	146	Auch wenn wir uns aus professioneller Hinsicht abgrenzen	auch bei professioneller Abgrenzung	
	543	147	Aber die kriegen es nicht hin und dann reagieren sie aus ihrer Not heraus und fangen an, sich zu schnippeln	aus Not heraus schneiden sie sich	<u>Leidvolle Erfahrung:</u> - Borderliner und Persönlichkeitsgestörte halten Beziehung nicht aus
	545	148	Dann sehe ich hier eine Frau mit wirklich heftig blutendem Unterarm, die hatte sich kräftig geschnitten	Frau hatte sich kräftig geschnitten und geblutet	- Ist zu viel Nähe, trotz professioneller Abgrenzung - Aus Not heraus schneiden sie sich
	547	149	Ich war alleine hier	war alleine in der Situation	
	548	150	Da kommt man schon in Schwung, beziehungsweise muss sich sehr zusammenreißen, nicht in Schwung zu kommen	dabei ruhig bleiben, trotz Aufregung	
	555	151	Das ist so ein Highlight	war ein Highlight	
	556	152	Gibt andere Situationen, wo es	wurde fast geschlagen	

			kurz davor war, das ich eins auf die Schnauze gekriegt hätte		
	557	153	Da haben wir jemand vor die Tür gesetzt	Klient musste Einrichtung verlassen	
	563	154	Dabei musste ich die Polizei anrufen	Polizei musste verständigt werden	
	564	155	Das sind Ausnahmesituationen, ganz selten	sind seltene Ausnahmesituationen	
	633	156	Motivation: Das hat sich so ergeben	ist Zufall	
	646	157	Habe ich durch Zufall die Gelegenheit bekommen, mich in einer Suchtklinik vorzustellen	hat in Suchtklinik gearbeitet	<u>Arbeit mit Doppeldiagnose-klienten war ein Zufall:</u>
	669	158	Dann habe ich gewechselt in die Drogenklinik	dann Wechsel in Drogenklinik	- Arbeit in Drogenklinik - Erster Kontakt mit
	679	159	Hatte ja vorher mit Alkoholabhängigen gearbeitet und das ist ein ganz anderes Klientel	dort anderes Klientel als Arbeit in Suchtklinik mit Alkoholabhängigen	Doppeldiagnose-klienten - zehn bis fünfzehn Prozent mit Doppeldiagnose - Wurden medikamentös sediert
	682	160	Und da habe ich auch die ersten Kontakte zu Doppeldiagnosepatienten bekommen	dort erster Kontakt mit Doppeldiagnose-klienten	- Drogentherapie war für die zu anstrengend - Schlechtes Gewissen → Hilfe war nicht ausreichend
	684	161	Ich schätz mal, zehn bis fünfzehn Prozent der Leute hatten da eine Doppeldiagnose	etwa zehn bis fünfzehn Prozent hatten dort eine Doppeldiagnose	Nahm Stellenangebot an
	685	162	Wurden aber letztendlich nur medikamentös abgeschossen	wurden nur medikamentös sediert	
	686	163	Und waren nicht in der Lage, diese harte Drogentherapie zu durchlaufen	waren nicht in der Lage, harte Drogentherapie zu machen	
	687	164	Und wir hatten ein schlechtes Gewissen	hatte schlechtes Gewissen	
	688	165	Weil, die Leute kriegen nicht die Hilfe, die sie brauchen	Hilfe war nicht ausreichend	
	691	166	Als ich dann diese Stelle für die Leitung kriegte	nahm Angebot der Stelle dann an	

Tabelle 5: Erster Durchgang der Zusammenfassung von Transkription E

I	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	6	1	Ich würde erst mal nicht anders an die ran gehen als an andere Patienten	kein anderer Umgang als mit anderen Klienten	
	7	2	Also, wenn ich jetzt wüsste, es sind nur Suchtkranke, oder psychisch Kranke	gleicher Umgang mit nur Suchtkranken und psychisch Kranken	<u>Beziehungsgestaltung ist unabhängig von der Erkrankung</u>
	8	3	Das Entscheidende ist hier, dass man eine enge Beziehung zu den aufbaut	entscheidend ist enger Beziehungsaufbau	
	10	4	Weil man sie ein Jahr lang begleitet	Grund ist einjährige Begleitung der Klienten	<u>Enger Beziehungsaufbau durch:</u> - einjährige Begleitung
	10	5	Das ist ja das Entscheidende	ist entscheidend	- regelmäßiges sehen
	11	6	Und dass man sich regelmäßig sieht, das ich mich bemühe , speziell im Einzelkontakt, einen engen, vertrauensvollen Kontakt aufzubauen	regelmäßiges Sehen, Aufbau eines engen, vertrauensvollen Kontaktes	- vermittelt den Klienten, sie in allen Bereiche kennenlernen zu wollen - bietet in allen Bereichen Unterstützung und Begleitung
	14	7	Und in allen Bereichen auf ihrer Seite bin, sozusagen sie unterstützen will, also den Fokus auf alle Bereiche zu lenken	Unterstützung in allen Bereichen	an (Körperhygiene, Finanzen/ Beziehung zu den Eltern) - macht deutlich, sich wohlwollend und kritisch mit allen Themen
	16	8	Das ist das Besondere im Gegensatz zur Psychiatrie oder zu Beratungsstellen	das Besondere im Gegensatz zur Psychiatrie oder Beratungsstellen	auseinandersetzen zu wollen - vertrauensvoller Umgang
	18	9	Wo häufig gesagt wird, man bezieht sich nur auf einen Bereich, wo man Patienten begleitet und berät	Klienten werden dort nur in einem Bereich begleitet und beraten	↓ Gegensatz zu Psychiatrien und Beratungsstellen
	19	10	Das ist ja wirklich so, dass wir Mädchen für alles sind und fast alles mit denen zum Thema macht	kümmert sich um alle Bereiche und Themen	↓ Klienten werden dort nur in einem Bereich begleitet
	21	11	Egal ob es die Körperhygiene ist,	Beispiel: Körperhygiene,	

			die Beziehung zu Mama und Papa oder ob es die Regelung der Finanzen ist	Beziehung zu den Eltern, Regelung von Finanzen	
	23	12	Was wir im Prinzip vermitteln ist, wir wollen alles über sie wissen, wir wollen alles mit ihnen zum Thema machen	vermittelt, alles über Klienten wissen zu wollen, alles zu thematisieren	
	25	13	Auch mit ihnen wohlwollend, aber trotzdem kritisch zu beleuchten	auch sich damit wohlwollend und kritisch auseinanderzusetzen	
	26	14	Das ist, glaub ich, so das Besondere	ist das Besondere	
	27	15	Die Beziehungsgestaltung zu meinen Patienten ist einfach in erster Linie dadurch gekennzeichnet	Beziehungsgestaltung ist dadurch gekennzeichnet	
	29	16	Ich versuche denen zu vermitteln, ich möchte sie von allen Seiten her kennenlernen und möchte von allen Seiten her Unterstützung und Begleitung anbieten	vermittelt den Klienten, sie von allen Seiten kennenzulernen und bietet in allen Bereichen Unterstützung und Begleitung an	
	37	17	Nähe-Distanz: Nähe entsteht ja automatisch, dadurch das die was von sich erzählen und wir bekommen sie im Alltag mit	Nähe entsteht automatisch, durch Erzählungen der Klienten und gemeinsames Alltagshandeln	<u>Nähe entsteht automatisch:</u> - Erzählungen der Klienten - gemeinsames Alltagshandeln (Essen, Kontrollen)
	41	18	Wir zahlen denen Geld aus, kontrollieren Aus- und Eingänge, sitzen mit bei Tisch und essen gemeinsam, suchen sie in ihren privaten Zimmern auf	Geldauszahlungen, Kontrollen, gemeinsames Essen, aufsuchen in privaten Zimmern	- private Gegenstände als Anlass für Gespräche
	44	19	Und sehen das Foto an der Wand, vom Neffen oder der Patientante und kommen darüber auch ins Gespräch	private Gegenstände als Anlass ins Gespräch zu gehen	<u>Nähe herstellen durch:</u> - Interesse zeigen (Vergangenheit, Interessen)
	47	20	Das heißt, wir suchen auf der einen Seite auch Nähe	versucht Nähe herzustellen	

48	21	Nähe stelle ich her, indem ich zeige, ich habe Interesse an ihnen und ihrer Vergangenheit, an dem was sie interessiert, was sie bewegt, was sie beschäftigt, worüber sie nachdenken, was sie freut und was nicht	herstellen von Nähe durch Interesse zeigen an der Vergangenheit der Klienten und an das was sie bewegt und ihren Interessen	
52	22	Und in der Art und Weise wie ich das zum Ausdruck bringe, stellen die ja auch Nähe zu mir her	Nähe der Klienten ist abhängig vom Ausdruck des Interesses	
56	23	Die bekommen uns in unseren Eigenheiten auch mit	bekommen die Eigenheiten der Mitarbeiter mit	<u>Soziales Gefüge:</u> - Klienten bekommen Eigenheiten
61	24	Die kriegen auch mit, wie ticken wir und worauf legen wir als Person wert	bekommen Wertvorstellungen mit	und Wertvorstellungen der Mitarbeiter mit
62	25	Was ist so unsere Individualität, das kriegen die auch mit	bekommen die Individualität mit	- Unterschiedliche Verbindung zu Klienten → bestimmte Themen wecken
66	26	Das heißt, die wissen schon wie wir persönlich sind	Wissen, wie Mitarbeiter persönlich sind	unterschiedliches Interesse → mehr Gespräche
68	27	Das gehört dazu, das ist in jedem anderen sozialen Gefüge auch so	ist ein soziales Gefüge	
70	28	Man hat auch immer Menschen, mit denen man mehr Verbindung hat	es gibt Klienten, zu denen man mehr Verbindung hat	
72	29	Also, man hat so bestimmte Themen, die einem als Menschen auch interessieren und über die man auch zwischendrin einfach redet	bestimmte Themen wecken mehr Interesse und man unterhält sich darüber	<u>Abgrenzung:</u> - Fragen nach dem Privatleben - dichter Körperkontakt
75	30	Man hat natürlich auch Bereiche, wo man sich abgrenzt	Bereiche, wo man sich abgrenzt	
76	31	Wenn mir jemand jetzt zu persönlich kommt, mich persönlich zu sehr als Person anspricht	Abgrenzung bei Fragen der Klienten nach dem Privatleben	<u>Klienten haben:</u> - Schwierigkeiten mit Nähe– Distanz - mangelndes Gespür für Distanz

			und ganz viel privat über mich wissen will, dann grenze ich mich ab		- einige kommen körperlich zu nahe
	80	32	Also grenze mich immer da ab, wo ich denke, dass es wichtig ist	wo es wichtig ist, wird sich abgegrenzt	
	80	33	Dass die weiterhin im Blick behalten, wir haben keine freundschaftliche Verbindung	ist keine freundschaftliche Beziehung	↓ Begrenzung: Keine freundschaftliche Beziehung
	84	34	In erster Linie bin ich dafür da, für die ein offenes Ohr zu haben und nicht umgekehrt	Mitarbeiter kümmert sich um die Probleme der Klienten und nicht Klienten um die Probleme der Mitarbeiter	
	88	35	Den Anspruch zu haben, die Zeit, die sie mit uns verbringen, soll ihnen dienen und nicht mir	Zeit soll den Klienten dienen und nicht umgekehrt	
	92	36	Mein Job ist ganz klar hier, die weiter zu bringen	Job ist, die Klienten zu fördern	
	93	37	Und die durch Rückmeldung, Spiegelung, durch einfach hier sein und auch authentisch zu sein	durch Rückmeldung, Spiegelung, Anwesenheit, Authentizität	<u>Fördern der Klienten durch:</u> - Rückmeldungen - Spiegelung
	98	38	Auch ein Stück Begrenzung zu machen	Begrenzung	- Anwesenheit - Authentizität
	98	39	Das dieses Nähe-Distanz ist ein Kernstück der Arbeit	Nähe- Distanz ist Kernstück der Arbeit	
	100	40	Weil natürlich die Leute, die hier sind, häufig Schwierigkeiten damit haben, Nähe- Distanz wahrzunehmen	Klienten haben Schwierigkeiten Nähe-Distanz wahrzunehmen	
	102	41	Bei Nähe ist es ja eher das zuzulassen und bei Distanz ist es häufig die mangelnde Distanz, die sie nicht als solche erleben	haben häufig eine mangelnde Distanz, die sie nicht wahrnehmen	
	106	42	Mangelnde Distanz kann sowohl körperliche Distanz sein, das mache	kommen körperlich zu nahe	

			Patienten einem körperlich zu nahe kommen		
	107	43	Als auch kein Gespür oder wenig Gespür zu haben, wo was hingehört oder hinpasst	wenig Gespür dafür, wo etwas unangemessen ist	
	110	44	Dass das immer wieder ein Ausbalancieren ist, für einen selber und natürlich im jeweiligen Kontakt	ausbalancieren passiert persönlich und im jeweiligen Kontakt	<u>Nähe- Distanz ist ein Ausbalancieren:</u>
	114	45	Das ist schon so, dass ich bei manchen Patienten offener bin, mehr auch erzähle	ist bei einigen Klienten offener und erzählt mehr	- passiert persönlich - abhängig vom jeweiligen Kontakt
	120	46	Und bei anderen Patienten würde ich das vielleicht nicht machen, weil ich denk mir so, der hätte Schwierigkeiten das aufzunehmen oder in den richtigen Bereich einzusortieren	bei anderen nicht, da diese damit nicht umgehen könnten	
	137	47	Voraussetzung: Dass man erst mal selber diese Balance, Nähe-Distanz, gut regulieren kann	Voraussetzung: gutes regulieren von Nähe-Distanz	<u>Voraussetzung persönlich:</u> - guter Umgang Nähe-Distanz - therapeutische Selbsterfahrung
	139	48	Das man selber so ein Gefühl hat, so ein alter Therapeutenanspruch lautet ja, man kann Patienten nur so weit begleiten, wie man selbst gegangen ist	Selbsterfahrung gemacht haben	gemacht haben, in der Rolle der Klienten - Beziehungsfähigkeit - geschult sein in Methoden der Gesprächsführung
	146	49	Also mit dieser Nähe- Distanz gut umgehen zu können	guter Umgang mit Nähe- Distanz	
	146	50	Eine gewisse Beziehungsfähigkeit mitbringen zu können und natürlich therapeutische Selbsterfahrungsanteile	Beziehungsfähigkeit und therapeutische Selbsterfahrungsanteile	
	153	51	Also einfach ein Stück weit die Protagonistenrolle	Erfahrung mit der Rolle der Klienten haben	

			selber auch mal erlebt zu haben und nicht nur die Moderations- und Begleitungsrolle		
	160	52	Das man methodisch einigermaßen geschult ist, so Gesprächsführung	einigermaßen geschult sein in den Methoden der Gesprächsführung	
	169	53	Arbeitsbedingungen, die es möglich machen, möglichst viel Zeit einzelnen Patienten widmen zu können	Arbeitsbedingungen, um viel Zeit für Klienten zu haben	
	170	54	Also auf jeden Bezugstherapeuten kommen drei Patienten, haben wir einen guten Schnitt	Betreuung von eins zu drei ist gut	<u>Voraussetzung institutionell:</u> - Betreuungsschlüssel von eins zu drei
	176	55	Das ist in jedem Fall eine wichtige Voraussetzung, also genügend Zeit zu haben	genügend Zeit zu haben, ist wichtige Voraussetzung	- viel Zeit für Klienten haben - fachliche Begleitung durch Supervision
	177	56	Dass die Arbeit fachlich begleitet wird	fachliche Begleitung der Arbeit	- Qualitätssicherung
	189	57	Aber in irgendeiner Art Qualitätssicherung muss natürlich auch sein	Qualitätssicherung muss auch sein	- mehrere Teambesprechungen in der Woche
	193	58	So Voraussetzungen von der Institution, würde ich sagen, das eben ein gutes Verhältnis der Betreuungszahlen da ist	Voraussetzung der Institution ist ein gutes Verhältnis der Betreuungszahlen	
	195	59	Und das es eine fachliche Begleitung in Form von Supervision gibt	fachliche Begleitung durch Supervision	
	196	60	Zeit an Teambesprechungen und so was, das finde ich auch hier ausreichend.	Zeit an Teambesprechung ist in Einrichtung ausreichend	
	200	61	Wir machen das hier täglich oder fast täglich, da sind wir schon ganz gut aufgestellt hier	tägliche Teambesprechungen	
II			Erfahrung mit der	Sucht	
	209	62	Suchtdruck, da fragen wir natürlich	Nachfragen nach Suchtdruck	<u>Suchtdruck:</u> - Klienten werden

			immer mal wieder		häufiger
	211	63	Also befragen wir schon in den Anamnesegesprächen und natürlich im weiteren Verlauf immer mal wieder	Befragung über Suchtdruck in Anamnesegesprächen und im Verlauf	danach befragt - Ursachen des Suchtdrucks werden exploriert
	213	64	Wichtig dabei ist, wo kommt der Suchtdruck her, was steht eigentlich dahinter	Ursachen des Suchtdrucks herausfinden	- Verständnis und Bewusstsein über die Ursachen entwickeln - Alternativen und Bewältigungsstrategien erarbeiten
	215	65	Weil die Frage ist ja immer, was fehlt?	Herausfinden, was fehlt	
	215	66	Ein süchtiger Mensch greift zur Droge, wenn ihm irgendetwas fehlt	Suchtmittelkonsum da irgendetwas fehlt	↓ individuell
	217	67	Also, entweder die Fähigkeit sich zu entspannen, die Fähigkeit in Kontakt zu kommen oder das Bedürfnis, mangelndes Selbstwertgefühl zu kompensieren	Fähigkeit sich zu entspannen, Fähigkeit der Kontaktgestaltung, Fähigkeit, das Selbstwertgefühl zu regulieren	
	219	68	Das Bedürfnis unangenehme Erfahrungen zu vergessen, das Bedürfnis irgendetwas zurück zu drängen, zu betäuben, zu verlagern	Bedürfnis, unangenehme Erfahrungen zu vergessen, irgendetwas zu bewältigen	
	221	69	Also Verständnis entwickeln, was steht hinter dem Suchtdruck	Verständnis für die Ursachen des Suchtdrucks entwickeln	
	224	70	Überhaupt ein Bewusstsein darüber zu entwickeln	Bewusstsein darüber entwickeln	
	225	71	Dann natürlich im zweiten Schritt zu gucken, was können wir tun	im zweiten Schritt Bewältigungsmöglichkeiten klären	
	230	72	Gleichzeitig auch zu gucken, was kann ich alternativ tun, um diese Lücke zu schließen	Alternativen erarbeiten	
	236	73	Das ist dann etwas sehr individuelles, mit den Einzelnen zu gucken, wie können	individuelle Bewältigungsmöglichkeiten für Suchtdruck erarbeiten	

			sie in solchen Situationen gegensteuern		
	246	74	Wenn die Patienten hier kommen, sind sie erst mal abstinent	Klienten kommen abstinent in die Einrichtung	
	247	75	Im günstigen Fall habe ich mit denen hier schon über Suchtdruck gesprochen	im günstigen Fall schon über Suchtdruck gesprochen	
	249	76	Im günstigen Fall, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist, mit dem Patienten darüber sprechen	im günstigen Fall nach dem Suchtrückfall mit dem Klienten darüber sprechen	
	251	77	Also, was haben wir beide nicht bedacht, dass es trotz der Gespräche über Suchtdruck zum Rückfall gekommen ist	trotz Gespräche über Suchtdruck die gemeinsamen Ursachen herausfinden	<u>Arbeit mit Suchtrückfällen:</u> - Voraussetzung ist Bereitschaft und Motivation vom Klienten - Gespräche
	253	78	Und weiterhin, wie auch vorher, schon mit dem Patienten darüber zu sprechen	Gespräche über den Suchtrückfall	- gemeinsame Ursachen explorieren - Blickwinkel Richtung Abstinenz
	256	79	Weil, darum geht es ja immer, den Blickwinkel dann wieder auf die andere Spur zu kriegen	den Blickwinkel wieder lenken	lenken - weiteren Hilfebedarf ermitteln ↓
	259	80	Geht es ja immer noch um die Entscheidung, wieder da bleiben auf der Seite des Ufers und weiter konsumieren oder will er zurück in Richtung Abstinenz sich bewegen	Entscheidung zwischen weiterem Konsum oder abstinentem Leben	Bei Rückfällen keine Entlassungen
	263	81	Wenn die Patienten hier bleiben, gibt es zwei Varianten, sie werden rückfällig und brechen die Therapie ab und entscheiden sich weiter zu konsumieren	zwei Varianten: Rückfall und Abbruch der Therapie, da weiterer Konsum	
	266	82	Oder aber sie sagen: „Ich bin	oder: Rückfall und Motivation weiter	

			rückfällig geworden, aber ich will hier bleiben und ich will es schaffen, mich von diesem Rückfall zu distanzieren und in Richtung Abstinenz mich zu bewegen	abstinent zu bleiben	
	272	83	Geht es natürlich wieder um die Frage: „was kann ihnen helfen, was braucht derjenige noch, damit er abstinent bleiben kann	weiteren Hilfebedarf ermitteln um abstinent zu bleiben	
	294	84	Was wir hier ja auch machen, wir arbeiten mit Rückfällen, wir sagen nicht: „Wer rückfällig geworden ist fliegt raus“	arbeiten mit dem Rückfall, bei Rückfällen keine Entlassung	
	296	85	Wenn der Patient bereit ist, sich damit auseinanderzusetzen, dann arbeiten wir mit jemandem dann auch weiter, das ist natürlich die Voraussetzung	Voraussetzung ist die Bereitschaft der Klienten	
III			Einfluss der psychi	schsen Störungen	auf die Beziehung
	322	86	Es gibt ja Patienten, wo die Psychose sehr im Vordergrund steht	Patienten, bei denen Psychose im Vordergrund steht	
	323	87	Und es gibt Patienten, wo die Psychose sehr im Hintergrund steht	und Patienten, bei denen Psychose im Hintergrund steht	
	324	89	Wo ich immer überlegen muss, was hat der eigentlich, hat der eine Psychose, ist der überhaupt krank	Zweifel an psychischer Erkrankung	<u>Klienten verstehen sich eher als süchtig:</u> - Sucht zugeben ist leichter als Psychose
	327	89	Es gibt welche, wo die Psychose sehr gedeckelt ist	Klienten, bei denen Psychose verdeckt ist	- Psychose ist eher stigmatisiert
	328	90	Auch Patienten, die sich eher als süchtig verstehen	Klienten verstehen sich eher als süchtig	- Psychose zugeben ist peinlicher
	328	91	Also für viele ist es leichter sich als Süchtigen zu präsentieren, als ein	Sucht zuzugeben ist leichter als die Psychose	

			Verrückter		
	330	92	Die Psychose ist häufig viel stärker stigmatisiert	stärkere Stigmatisierung der Psychose	
	331	93	Wenn ich irgendwo draußen sage, ich bin Psychotiker, das ist viel peinlicher als wenn ich sage, ich bin Säufer	zugeben der Psychose ist peinlicher	<u>Einfluss ist abhängig, ob Psychose vordergründig oder hintergründig ist:</u>
	334	94	Es hängt sehr stark davon ab, ist das ein Patient bei dem die Psychose sichtbar im Vordergrund steht oder einer, der das eher so wegdrückt	Einfluss ist abhängig, ob Psychose im Vordergrund steht oder verdrängt wird	
	338	95	Also, wenn jemand sehr mit der Psychose identifiziert ist und sagt: „Ich bin in erster Linie Psychotiker“, dann geht es mehr darum, also mit ihm stabilisierend zu arbeiten	stabilisierend arbeiten, wenn Psychose vordergründig ist	<u>Vordergründige Psychose:</u> - stabilisierend sein - Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten - regelmäßige Gespräche
	342	96	Zu gucken, was hilft ihnen von der Psychose Distanz zu bekommen	Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten	- Medikamente → Umgang mit psychischen Symptomen
	344	97	Manchmal sind Gespräche notwendig, manchmal sind das dann tägliche Gespräche	Gespräche sind notwendig	ist häufig schwierig
	348	98	Medikamentöse Behandlung ist dann natürlich total wichtig	medikamentöse Behandlung ist da wichtig	
	349	99	Wenn jemand so wackelig in Bezug auf die Psychose ist, dann spielt die medikamentöse Behandlung eine große Rolle	Medikamente sind wichtig bei wackeligen Psychosen	<u>Vordergründige Sucht:</u> - Zusammenhang zur Psychose deutlich machen → Konsum, um Psychose zu Unterdrücken,
	351	100	Häufig ist das bei den Psychotikern so, dass sie sich dem passiv ausgeliefert fühlen	Psychotiker fühlen sich dem passiv ausgeliefert	Konsum als Ursache psychischer Symptome - ermuntern, über Psychose zu reden
	353	101	Und kommt die Psychose wie dunkle Wolken über die und dann ist es	Umgang mit psychischen Symptomen ist häufig schwierig	- Psychose nicht abwerten und bewerten

			häufig schwierig, da einen guten Umgang zu finden		
	355	102	Bei denen, wo durch die Sucht mehr so den Leidensdruck ausmacht und die Psychose nicht so sichtbar vom Patienten benannt wird, ist es wichtig, die Verbindung herzustellen	wichtig ist Verbindung herzustellen, wenn Sucht im Vordergrund und Psychose im Hintergrund ist	
	359	103	Erst mal sie überhaupt zu ermuntern, das sie darüber erzählen dürfen	Ermuntern, über Psychose zu erzählen	
	360	104	Es hier nicht erst was ist, was wir abwerten oder bewerten überhaupt	Psychose wird nicht abgewertet und bewertet	
	361	105	Dass sie den Zusammenhang zwischen Psychose und Sucht auch bedenken	Zusammenhang zwischen Sucht und Psychose verdeutlichen	
	362	106	Also konsumiert jemand vielleicht nur, um psychotische Symptome beherrschbar zu machen und die zu unterdrücken	Konsum, um psychische Symptome zu unterdrücken	<u>Bei akuten Psychosen:</u> - auf Alltagssituation beziehen - Darauf achten, wie es dem Klienten im Moment geht
	364	107	Oder ist es jemand, der ohne Konsum auch keine Psychose kriegt	oder Konsum als Ursache psychischer Symptome	- gucken, wo Klient Hilfe und Unterstützung benötigt
	365	108	Das ist ein weites Feld mit dieser Psychose	Psychose ist ein weites Feld	- verstehend und unterstützend sein
	373	109	Das ist halt sehr unterschiedlich	Einfluss ist sehr unterschiedlich	- hoher versorgender Anteil
	374	110	Wenn jemand akut psychotisch ist, dann musst du dich auf die Alltagssituation beziehen	bei akuten Psychosen auf die Alltagssituation beziehen	- niedrigschwellige, akzeptierende, unterstützende, begleitende Haltung
	379	111	Das man einfach nur gucken kann, wie geht es ihnen im Moment, was schaffen sie gerade im Moment	darauf achten, wie es dem Klienten im Moment geht	
	381	112	Brauchen Unterstützung bei	Gucken, wo der Klient Hilfe und Unterstützung	

			der und der Aufgabe	benötigt	
	382	113	Das ist dieser klassische verstehende, stützende, nährnde Anteil	verstehender und stützender Anteil	
	383	114	Der versorgende Anteil ist da viel höher als bei der klassischen Suchtarbeit, wo du eher konfrontativ sagst	Versorgender Anteil ist höher und nicht so konfrontativ wie in reiner Suchtarbeit	
	388	115	Also bei jemand, der sehr psychosenah ist, ist natürlich unsere Haltung, meine Haltung, eher eine niedrigschwellige, akzeptierende, unterstützende, begleitende Art	Haltung bei einer nahen Psychose ist niedrigschwellig, akzeptierend, unterstützend, begleitend	
IV			Besondere	Situationen	
	414	116	Also ich würde sagen, bei den Patienten, dass ich mich eher an die erinnere, mit denen ich eine gute und erfolgreiche Arbeit hatte	erinnert sich an Klienten, mit denen es eine gute und erfolgreiche Arbeit war	<u>Freuen über:</u> - Klienten, die eine positive Entwicklung gemacht haben - positive Rückmeldung der Klienten über die Arbeit
	416	117	Zu denen ich auch noch Kontakt habe	hat Kontakt zu diesen Klienten	
	417	118	Also einer davon kommt noch regelmäßig, ein ehemaliger Klient	ein Klient kommt noch regelmäßig zur Einrichtung	- regelmäßige Telefonate mit Klienten
	418	119	Mit einigen telefonieren wir ja auch noch regelmäßig	regelmäßige Telefonate	
	420	120	Von den positiven Rückmeldungen oder von meinen positiven Eindrücken, sind das natürlich Patienten, die stabil sind bis heute	positive Eindrücke von Patienten die stabil sind bis heute	
	421	121	Die einfach sich noch auch, dass wir gemeinsam erarbeitet haben, beziehen und sagen: „Was Sie damals gesagt haben, da	freut sich über positive Rückmeldungen der Klienten über die Arbeit	

			habe ich das und das gemacht“, das ist natürlich Klasse		
	426	122	Und einzelne Situationen gibt es natürlich auch, Situationen die einfach kritisch sind	gibt auch kritische Situationen	<u>Kritische Situationen:</u> - Klienten, die bedrohlich waren im alleinigen Dienst→ telefonieren mit Kollegen
	427	123	Patienten, die hier bedrohlich erschienen sind, wenn man hier alleine im Dienst ist	Klienten erschienen bedrohlich im alleinigen Dienst	
	428	124	Das hatte ich mal, zwei Situationen, wo Patienten so bedrohlich waren, das ich zum Telefon gegriffen habe und mich mit Kollegen rückgesprachen habe, was kann ich tun	hielt telefonische Rücksprache mit Kollegen	- Zwangseinweisungen bei schweren Psychosen - verstorbener Klient und verstörte Nachtwache
	431	125	Zweimal hatte ich Situationen mit einer Zwangseinweisung, wo jemand so verrückt war, das er dann in die Klinik eingewiesen werden musste und ich alleine im Dienst war	musste zweimal Klienten zwangseinweisen lassen und war alleine im Dienst	
	438	126	Oder eine Situation, wo ein Patient hier nachts verstorben ist und ich zur Frühschicht gekommen bin	verstorbener Klient	
	439	127	Und der Nachtwachenkollege völlig durch den Wind war	Umgang mit verstörter Nachtwache im Frühdienst	
	443	128	Das zeigt ganz gut, glaube ich, diese Spannbreite an Erfahrungen, die man haben kann	zeigt Spannbreite an Erfahrungen	
	444	129	Das kann auf der einen Seite richtig böse enden, das man dann vor einem Scherbenhaufen steht und das jemand es eben nicht geschafft hat, im wahrsten Sinne	Klienten, die es nicht schaffen und sogar versterben	

			des Wortes, zu überleben		
	448	130	Gibt so Patienten, die sind hier fertig angekommen, mit einer fix und fertigen Biografie, wo man dachte, um Gottes willen, wie soll er das jemals schaffen und wenn man dann zurückguckt, dann haben die einen klasse Weg gemacht	Klienten mit negativen Ausgangsbedingungen haben eine schöne Entwicklung gemacht	<u>Klienten mit negativen Ausgangsbedingungen, haben eine positive Entwicklung gemacht</u> - Verbindung aller Möglichen Faktoren - Aufbau einer tragenden Beziehung erhöht die Chancen einer guten Entwicklung
	453	131	So an manchen Stellen geht es dann wirklich doch und was dann jeweils gewirkt hat, keiner weiß es	Keiner weiß, was da wirklich gewirkt hat	
	455	132	Wahrscheinlich ist es die Verbindung von allen möglichen Faktoren die da zusammenwirken	wahrscheinlich ist es die Verbindung aller möglicher Faktoren	
	456	133	Also sicherlich auch ein Stück weit so die tragende Beziehung	sicherlich auch die tragende Beziehung	
	457	134	Da wo es gelingt, diese tragende Beziehung zu einzelnen aufzubauen, da sind die Chancen viel höher, das die dann auch eine gute Entwicklung machen	Aufbau einer tragenden Beziehung erhöht die Chancen einer guten Entwicklung	
	473	135	Motivation: Ja, ich komme aus der Sucht, ich bin ein alter Suchthase	hat früher im Suchtbereich gearbeitet	
	473	136	Also ich habe jahrelang mit Suchtkranken gearbeitet	mehrere Jahre dort tätig gewesen	
	475	137	Als ich diese Stellenausschreibung gelesen habe, fand ich das einfach spannend	fand Stellenausschreibung spannend	<u>Früher in Suchtarbeit gearbeitet</u> - In Suchteinrichtungen gab es viele mit einer Doppeldiagnose
	476	138	Weil es natürlich in reinen Suchteinrichtungen auch viele Leute gab, wo man sagen konnte, die haben bestimmt eine	in Suchteinrichtungen gab es viele Menschen mit einer Doppeldiagnose	

			doppelte Erkrankung		
	480	139	Das ich denke, es gibt viele in Suchteinrichtungen, die mindestens eine Persönlichkeitsstörung, wenn nicht eine Randpsychoseerfahrung haben	viele in Einrichtungen mit Persönlichkeitsstörung oder Psychose	<u>Arbeit ist:</u> - spannend - Ergänzung zur vorherigen Arbeit - Interessanter - intensiveres Arbeiten
	488	140	Also letztendlich fand ich es spannend und fand es eine Ergänzung zu dem, was ich vorher gemacht habe	ist spannend und Ergänzung zur vorherigen Tätigkeit	- mehr Nähe zu Klienten → werden ein Jahr betreut → weniger sind zu betreuen als in Suchteinrichtungen
	490	141	Das ist nach wie vor ein interessantes Aufgabenfeld	interessantes Aufgabenfeld	↓ ist befriedigender
	492	142	Im Gegensatz zur Suchtarbeit, die Möglichkeit intensiver zu arbeiten	intensiveres Arbeiten	
	493	143	In einer reinen Suchtklinik hast du wesentlich mehr Patienten im Einzelbezug als hier	weniger Klienten sind zu betreuen als in Suchteinrichtung	
	495	144	Hier bist du nochmal näher am einzelnen Patienten dran, als in einer normalen Suchtklinik	näheres Arbeiten mit Klienten	
	498	145	Also in der normalen Suchtarbeit ist der Schnitt drei bis vier Monate an stationärer Therapie und hier machen wir ein ganzes Jahr	längere Zusammenarbeit mit den Klienten	
	504	146	Da entsteht natürlich eine andere Bindung und andere Nähe	andere Bindung und Nähe zu Klienten	
	508	147	Das finde ich befriedigender als dieses so, Durchlaufstation und ganz viel Wechsel zu haben	Arbeit ist befriedigender als schneller Wechsel der Klienten	

Tabelle 6: Zweiter Durchgang der Auswertung von Transkription A + B

Kategorien der Interviews	Generalisierung	Reduktion	Int.	Zeile
<p><u>Sich verstellen hilft nicht, Authentizität zeigen und vermitteln ist wichtig durch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Freude teilen - Wertschätzung - eigenen Ärger mitteilen 	<p><u>Authentizität ist wichtig:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Freude teilen - wertschätzen - eigenen Ärger mitteilen 	<p><u>Authentizität ist wichtig:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Freude teilen - wertschätzen - eigenen Ärger mitteilen 	A	6-13
<p><u>Grundlage der Beziehungsarbeit ist:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verlässlichkeit - Einhaltung von Versprechen und Absprachen - Interesse zeigen 	<p><u>Grundlagen der Beziehungsarbeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verlässlichkeit - Versprechen und Absprachen einhalten - Interesse zeigen 	<p><u>Persönliche Voraussetzungen der Beziehungsarbeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - verlässlich sein - Versprechen und Absprachen einhalten - Interesse zeigen 	A	14-16
<p><u>Konsequent sein wie bei der Kindererziehung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsequenz erklären - Bestrafung ist dann nicht schlimm - Einsicht bei Sanktionen 	<p><u>Umgang bei Sanktionen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - wie Kindererziehung - erklären von Konsequenzen fördert die Einsicht bei Sanktionen 	<p><u>Persönliche Voraussetzungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - offen und ehrlich sein - Grenzen ansprechen - inakzeptables Verhalten - Suchtrüpfälle - Elternrollenübertragung - nahe private Annäherungen - Schuldzuweisungen 	B	33-66
<p><u>Voraussetzung für gute Beziehungsarbeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klarheit - offen und ehrlich sein - Grenzen ansprechen und sich damit auseinandersetzen - eigene Grenzen und Grenzen vom Klienten wahrnehmen und respektieren 	<p><u>Voraussetzungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klarheit - offen und ehrlich sein - Grenzen ansprechen und Auseinandersetzung damit - eigene Grenzen und Grenzen vom Klienten erkennen und respektieren 	<p><u>Institutionelle Voraussetzungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grenzen vom Klienten Und eigene Grenzen wahrnehmen und respektieren 	A	67-80
<p><u>Klientenanzahl spielt wichtige Rolle:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - da nicht mehr als 25 Klienten: → weiß über Klienten viel → kennt das Gefühlsleben der Klienten → alleinige Arbeit in der Einrichtung möglich - bei mehr Klienten nicht mehr zu leisten 	<p><u>Institutionelle Voraussetzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - geringe Anzahl von Klienten ermöglicht mehr Wissen über das Gefühlsleben des Einzelnen 	<p><u>Institutionelle Voraussetzungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - geringe Anzahl von Klienten ermöglicht Wissen über Gefühlsleben des Einzelnen 	A	22-26
<p><u>Beziehungsaufbau durch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragen nach Lebensdaten des Klienten → Unterstützung - Empathie - Kennenlernen des 	<p><u>Beziehungsaufbau durch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nach Lebensdaten des Klienten fragen - Empathie - Kennenlernen der Arbeitsweise des Helfenden - beidseitiges Vertrauen herstellen 	<p><u>Umgang mit Sanktionen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsequenzen erklären, fördert Einsicht bei Sanktionen 	B	5-10
<p><u>Beziehungsaufbau durch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragen nach Lebensdaten des Klienten → Unterstützung - Empathie - Kennenlernen des 	<p><u>Grenzen sind:</u></p>	<p><u>Beziehungsaufbau durch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nach Lebensdaten der Klienten fragen - empathisch sein - Kennenlernen der Arbeitsweise des Helfenden - beiderseitiges Vertrauen 	B	5-10

<p>Helfenden und seiner Arbeitsweise</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herstellen von beidseitigem Vertrauen <p><u>Grenzen sind:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - vorherige Verhaltensweisen - Zwänge - inakzeptables Verhalten - zu nahe private Annäherungen - Suchtrücfälle - Verhaltensrückfälle wie Tricksen - Übertragung von Elternrollen - Schuldzuweisungen bei Auseinandersetzungen <p><u>Relativ viel Nähe auf Arbeit :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nah am Geschehen - teilt Wesentliches aus dem Privaten mit (Tiere, Urlaub) → kein unbeschriebenes Blatt <p><u>Abgrenzung bei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zuhause - privaten Beziehungsproblemen - eigenem Geföhlleben <p><u>Nähe ist:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht privat - nicht freundschaftlich - beschränkt auf die Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> - inakzeptable Verhaltensweisen - Suchtrücfälle - Übertragung von Elternrollen - zwanghaftes Verhalten - zu nahe private Annäherungen - Schuldzuweisungen → eigenen Anteil deutlich machen <p><u>Nähe auf der Arbeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - wesentliches aus dem privaten wird mitgeteilt (Tiere, Urlaub) - kein unbeschriebenes Blatt <p><u>Abgrenzung bei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - privatem und Arbeit - privaten Beziehungsproblemen - eigenem Geföhlleben <p><u>Nähe ist:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht privat - nicht freundschaftlich - beschränkt auf Arbeit 	<p>herstellen</p> <p><u>Abgrenzung bei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Privatleben und Arbeit - privaten Beziehungsproblemen - eigenem Geföhlleben - keine freundschaftliche Beziehung <p><u>Nähe bei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - wesentliches aus dem Privatleben wird mitgeteilt (Haustiere, Urlaub) → kein unbeschriebenes Blatt sein 	<p>A</p> <p>B</p> <p>A</p>	<p>34-48</p> <p>19</p> <p>34-48</p>
<p><u>Süchtige:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - tricksen - idealisieren die Sucht - verheimlichen Dinge - oft Konsum in Pubertät - Angst vor Auseinandersetzungen mit Streit und Konflikten - Schwierigkeiten mit Geföhlregulation - mangelndes Verantwortungsbewusstsein - ungeduldig <p><u>Umgang beim ersten Suchtmittelrückfall:</u></p>	<p><u>Süchtige:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - betrögen - idealisieren die Sucht - Angst vor Auseinandersetzung mit Streit und Konflikten - mangelnde Geföhlregulation - fehlendes Verantwortungsbewusstsein - ungeduldig <p><u>Umgang beim ersten Rückfall:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivation und 	<p><u>Erfahrungen mit Suchtkranken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - betrögen - idealisieren die Sucht - Angst vor Auseinandersetzung mit Streit und Konflikten - mangelnde Geföhlregulation - fehlendes Verantwortungsbewusstsein - ungeduldig <p><u>Suchtrücfallumgang:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - damit konfrontieren 	<p>B</p> <p>B</p>	<p>77-94</p> <p>100-133</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Motivation und Krankheitseinsicht fördern - Konfrontation - Ursachenanalyse - Besprechen - Bewältigungsstrategien erarbeiten - Hilfe- und Interventionsmaßnahmen erarbeiten 	<p>Krankheitseinsicht fördern</p> <ul style="list-style-type: none"> - konfrontieren - gemeinsame Ursachenanalyse - Bewältigungsstrategien erarbeiten - weiteren Hilfebedarf und Interventionsmaßnahmen eruieren 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation und Krankheitseinsicht fördern - an Eigenverantwortung appellieren - Bewältigungsstrategien erarbeiten - weiteren Hilfebedarf und Interventionsmaßnahmen eruieren - Entlastung schaffen 		
<p><u>Umgang beim zweiten Rückfall</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eigenverantwortung verdeutlichen - Motivation und Krankheitseinsicht prüfen 	<p><u>Umgang zweiter Rückfall:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - an Eigenverantwortung appellieren - Motivation und Krankheitseinsicht prüfen - weniger Druck - Entlastung schaffen 	<p><u>Disziplinarische Entlassung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Überforderung - fehlende Motivation und Krankheitseinsicht - zu junges Alter - fehlende Lebenserfahrung 	B	111-124
<p><u>Rückfall als Einmaligkeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - darf nicht in alte Verhaltensmuster führen - Ursachen herausfinden - Bewältigungsstrategien erarbeiten 	<p><u>Rückfall:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ursachen eruieren - Bewältigungsstrategien erarbeiten 	<p><u>Lügen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - erschweren Beziehungsaufbau - schlechtes Gewissen der Klienten - Beziehungsangebot kann nicht angenommen werden - ist schwer aushaltbar und führt zu Rückfällen - Lügen nicht jedem unterstellen - aber Lügen erwarten und nicht enttäuscht sein 	B	134-142
<p><u>Disziplinarische Entlassung bei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - zu viel Erwartungen - fehlender Motivation und Krankheitseinsicht - zu jungem Alter - fehlender Lebenserfahrung 	<p><u>Entlassung der Klienten bei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Überforderung - fehlender Motivation und Krankheits-einsicht - zu jungem Alter - fehlender Lebenserfahrung 	<ul style="list-style-type: none"> - Lügen nicht jedem unterstellen - aber Lügen erwarten und nicht enttäuscht sein 	A	93-100
<p><u>Lügen machen Beziehungsaufbau schwer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - schlechtes Gewissen - Beziehungsangebot kann nicht angenommen werden - Sorgen sind schwer aushaltbar - führt zu Rückfällen 	<p><u>Lügen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - erschweren Beziehungsaufbau - Klienten haben schlechtes Gewissen - können Beziehungsangebot nicht annehmen - ist schwer aushaltbar und führt zu Rückfällen 	<p><u>Naivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enttäuschungen am Anfang durch Lügen 	A	86-91
<p><u>Naiver am Anfang:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - durch Erkrankung angelogen - Enttäuschungen 	<p><u>Naivität am Anfang:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - durch Erkrankung angelogen - Enttäuschungen 	<p><u>Erfahrung mit Suchtarbeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ist einfacher und strukturierter - klare Regeln - Sanktion bei Konsum 	A	101-106
<p><u>Schwierig ist:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lügen nicht jedem unterstellen - Lügen erwarten, aber nicht enttäuscht sein 	<p><u>Lügen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht jedem unterstellen - Lügen erwarten, aber 	<p><u>Sucht als Bewältigungshandeln:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - vorgelebtes Lösungshandeln - Flucht vor belastender Realität - fehlende 	B	147-153

<p><u>Arbeit mit Sucht ist einfacher:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - klare Regeln - Sanktionen bei Konsum - strukturierter <p>Umgang ist am Anfang schwierig gewesen</p> <p><u>Schwierig ist:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - appellieren an die Eigenverantwortung → vergessen der Sucht als psychische Störung <p><u>Sucht als Bewältigungshandeln:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - vor unbekanntem Situationen - vorgelebtes Lösungshandeln - Flucht vor belastender Realität - fehlende Unterstützung <p><u>Sucht ist psychische Störung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ursachen aus der frühen Kindheit - nicht schuldig an Sucht - Ich- Strukturen nicht gelernt 	<p>nicht enttäuscht sein</p> <p><u>Suchtarbeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ist einfacher - klare Regeln und strukturierter - Sanktionen bei Konsum <p><u>Schwierig ist:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - appellieren an Eigenverantwortung → vergessen der Sucht als Psychisch Störung <p><u>Sucht als Bewältigungshandeln:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - vor unbekanntem Situationen - vorgelebtes Lösungshandeln - Realitätsflucht - fehlende Unterstützung <p><u>Sucht ist psychische Störung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ursachen aus der Kindheit - Ich- Strukturen nicht gelernt 	<p>Unterstützung</p> <p><u>Sucht als psychische Störung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ursachen der Kindheit - Ich- Strukturen nicht gelernt <p><u>Aber:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Appellieren an Eigenverantwortung → vergessen der Sucht als psychische Störung 	A	129-138
<p><u>Borderline Persönlichkeitsstörung ist schwieriger:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Entwertungen - anschreien ohne Grund <p><u>Können keine langfristigen und stabilen Beziehungen führen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - normale Beziehung vermitteln → Beziehung trotz Streit und Ärger → Kritik aushalten → Spiegeln → Mentalisierungsfähigkeit fördern <p><u>Psychotiker sind:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ängstlich 	<p><u>Borderline-Persönlichkeitsstörung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Umgang ist schwieriger - Entwertungen und grundloses Anschreien <p><u>Können keine langfristigen und stabilen Beziehungen führen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - normale Beziehung vermitteln - Beziehung trotz Streit und Ärger - Spiegeln - Mentalisierungsfähigkeit fördern 	<p><u>Borderline-Persönlichkeitsstörung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Umgang ist schwieriger - Entwertungen und grundloses Anschreien <p><u>Psychotiker:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sind ängstlich, unsicher, misstrauisch - können keine langfristigen und stabilen Beziehungen führen - mangelndes Einfühlungsvermögen → Therapeut als mechanisches Wesen 	A B A A	149-153 161-167 154 163-171

<p>- unsicher - misstrauisch</p> <p><u>Einfühlungsvermögen ist für psychisch Erkrankte schwierig:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapeut als mechanisches Wesen - Erwartung an einfaches Funktionieren - Therapeut ohne Gefühle - Therapeut ist unfehlbar <p><u>Orientierungspunkte geben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Versprechen einhalten - zuhören - Regeln konsequent anwenden <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">führt zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sicherheit - Vertrauen - Offenheit <ul style="list-style-type: none"> - Medikamenteneinfluss ist symptomabhängig - Medikamente machen Arbeit einfacher - bei Psychosen → zu instabil, um in Beziehung zu gehen - ohne Medikamente ist Beziehung nicht möglich <p>Aber:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei einmaligen, abgeklungenen Psychoseschüben ohne Medikamente möglich <p><u>Medikamente sind notwendig für Beziehung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - dämpfen Verfolgungsgefühle - Beziehungsideen - Angst vor Manipulation - fördert Auseinandersetzung mit der Psychose <p style="text-align: center;">↓</p> <p>sonst ist Beziehung mit Angst und Abwehr belastet</p>	<p><u>Psychotiker:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ängstlich - unsicher - misstrauisch <p><u>Einfühlungsvermögen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapeut ist mechanisches Wesen - Therapeut ohne Gefühle - ist unfehlbar - Erwartung an einfaches Funktionieren <p><u>Orientierungspunkte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Versprechen einhalten - zuhören - konsequente Regelanwendung <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Sicherheit, Vertrauen und Offenheit herstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medikamenteneinfluss ist symptomabhängig - machen Arbeit einfacher - ohne ist Beziehung nicht möglich - Ausnahme: abgeklungene Psychoseschübe <p><u>Medikamente sind notwendig für Beziehung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - dämpfen Verfolgungsgefühle - Beziehungsideen - Angst vor Manipulation - fördert Auseinandersetzung mit Psychose <p style="text-align: center;">↓</p> <p>sonst ist Beziehung mit Angst und Abwehr belastet</p>	<p><u>Umgang mit Psychotikern und Borderlinern:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - normale Beziehung vermitteln → Beziehung trotz Streit und Ärger → Kritik aushalten → Spiegeln → Einfühlungsvermögen fördern - Orientierungspunkte am Anfang: <ul style="list-style-type: none"> → Versprechen einhalten → Zuhören → konsequente Regelanwendung <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Sicherheit, Vertrauen und Offenheit herstellen</p> <p><u>Medikamente sind notwendig für Beziehung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Psychosen → zu instabil, um in Beziehung zu gehen - dämpfen Verfolgungsgefühle, Beziehungsideen, Angst vor Manipulation - fördert Auseinandersetzung mit der Psychose - hemmt Angst und Abwehr <p style="text-align: center;">↓</p> <p>nicht notwendig bei abgeklungenen Psychosen</p>	<p>A</p> <p>A</p> <p>B</p> <p>A</p> <p>B</p> <p>A</p>	<p>156-162</p> <p>172</p> <p>168-177</p> <p>192-197</p> <p>191-197</p> <p>184-187</p>
--	--	--	---	---

<p><u>Überrascht von der süchtigen Seite:</u> - am Anfang glaubhafter - hatte mehr Vertrauen</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><u>Gelernt aus Suchtrückfall</u> - mehr Begrenzungen - klarer in Regeln und Konsequenzen - mehr Orientierung und Hilfe geben</p>	<p><u>Süchtige Seite:</u> - am Anfang mehr vertraut und geglaubt</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><u>Gelernt aus Rückfall:</u> - mehr Begrenzung - klarer in Regeln und Konsequenzen - mehr Orientierung und Hilfe geben</p>	<p><u>Naivität mit Sucht:</u> - mehr vertraut und geglaubt am Anfang</p> <p style="text-align: center;">↓ Rückfall</p> <p>Heute: - mehr Begrenzung - klarer in Regeln und Konsequenzen - mehr Orientierung und Hilfe geben</p>	B	210-224
<p><u>Erniedrigt durch Klienten mit Persönlichkeitsstörung:</u> - hat sich erniedrigt gefühlt - lehrreiche Situation</p> <p><u>Grund:</u> - wenig konfrontativ am Anfang → Unsicherheit → Unwissenheit</p>	<p><u>Persönlichkeitsstörung:</u> - erniedrigt gefühlt am Anfang - wenig konfrontativ gewesen → Unsicherheit, Unwissenheit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Heute: - mehr Konfrontation - besserer Umgang mit Erniedrigungen</p>	<p><u>Naivität mit Persönlichkeitsstörung:</u> - wenig konfrontativ am Anfang, durch Unwissenheit und Unsicherheit - wurde erniedrigt</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Heute: - mehr Konfrontation - besserer Umgang mit Erniedrigungen</p>	A	213-223
<p><u>Heute:</u> - mehr Konfrontation - besserer Umgang mit Erniedrigungen</p>	<p><u>Schönes Erlebnis:</u> - Klient gewann Vertrauen in Beziehungsarbeit - hat heute Arbeit - ist offener und glücklich - hat Widerstand im Leben gefunden</p>	<p><u>Schöne Erlebnisse:</u> - positive Entwicklung von Klienten</p> <p><u>Freude:</u> - Kontakt zu ehemaligen Klienten - Abschiedsgeschenke - Bedanken - Grußkarten</p>	B	231-239
<p><u>Schönes Erlebnis:</u> - Patient, der Vertrauen in Beziehungsarbeit gewann - hat heute Arbeit - ist offener und glücklich - fand Widerstand im Leben</p>	<p><u>Freude über:</u> - Kontakt zu ehemaligen Klienten - positive Entwicklung der Klienten - Geschenke von Klienten zum Abschied - Bedanken - Grußkarten</p>	<p><u>Spaß:</u> - Herausforderung - Theorie ist spannend - Arbeit macht Sinn, auch ohne maximale Entwicklung der Klienten</p>	A	234-243
<p><u>Freude über:</u> - Kontakt zur ehemaligen Klientin - positive Entwicklung der Klientin - Klienten Geschenke zum Abschied - Bedanken - Grußkarten</p>	<p><u>Motivation:</u> - Arbeit mit Doppel-diagnoseklienten ist Zufall</p>	<p><u>klares Arbeitsfeld:</u> - Arbeit mit einer Erkrankung, immer Konfrontation mit der Anderen - keine unterschiedliche Wertung der Erkrankungen - Krankheiten werden gleichwertig betrachtet - offener Umgang mit beiden Störungen</p>	B	245-252
<p><u>Arbeit mit Doppeldiagnoseklienten ist Zufall:</u> - keine Überlegungen dazu gemacht</p>	<p><u>macht Spaß:</u> - Herausforderung - Theorie ist spannend - Arbeit hat einen Sinn, auch ohne</p>	<p><u>klares Arbeitsfeld:</u> - Arbeit mit einer Erkrankung, immer Konfrontation mit der Anderen - keine unterschiedliche Wertung der Erkrankungen - Krankheiten werden gleichwertig betrachtet - offener Umgang mit beiden Störungen</p>	B	245-252
<p><u>Macht Spaß:</u> - Herausforderung der</p>				

<p>Doppeldiagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Theorie zur Entstehung ist spannend - Gefühl Arbeit macht Sinn, auch ohne maximale Entwicklung der Klienten <p>Arbeit mit einer Erkrankung immer Konfrontation mit der anderen Erkrankung</p> <p><u>Klares Arbeitsfeld:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Unterscheidung der Krankheiten - keine unterschiedliche Wertung - beide Krankheiten sind gleichwertig - offener Umgang mit Doppeldiagnose - Klienten gehen offener mit Erkrankung um 	<p>maximaler Entwicklung der Klienten</p> <p><u>klares Arbeitsfeld:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeit mit nur einer Erkrankung, immer Konfrontation mit der anderen Erkrankung - keine Unterscheidung der Krankheiten - keine unterschiedlichen Wertungen - beide Krankheiten sind gleichwertig - offener Umgang mit beiden Erkrankungen 			
---	---	--	--	--

<p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gegensatz zu Psychiatrien und Beratungsstellen</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Klienten werden dort nur in einem Bereich begleitet</p> <p><u>Erste Kontaktgestaltung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Datenerhebung - nicht nur Fragen und Antworten - geht auf Klienten ein - Eindruck von dem Klienten machen (Akzeptanz, Gruppenfähigkeit) - schildert die Eindrücke auch - Aufforderung zur Selbstbeschreibung <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kennenlernen</p> <ul style="list-style-type: none"> - signalisiert Ansprechbarkeit - unternimmt gemeinsame Spiele mit den Klienten - nimmt sich Zeit für Klienten - wertschätzen <p><u>Abgrenzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - es wird sich gesiezt - kennen nicht den Wohnort <p><u>Nähe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bescheid wissen über Kinder - kennen den Beziehungsstatus <p><u>Abgrenzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontoauszüge - private Sorgen - Leid der Klienten - sexuelle Dinge - Klienten werden gesiezt → sind oft distanzlos - keine Umarmung, tätscheln, trösten - für Verständnis nicht die gleichen Erfahrungen haben <p><u>Nähe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Beziehungsstatus - Kinder - Automarke 	<p><u>Beziehungsaufbau durch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ansprechbar sein - gemeinsame Unternehmungen - Zeit für Klienten nehmen - wertschätzen <p><u>Abgrenzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - siezen - Wohnort <p><u>Nähe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinder - Beziehungsstatus <p><u>Abgrenzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - finanzielle Situation - Sorgen - Leid der Klienten - sexuelle Annäherungen - siezen - körperlicher Kontakt - für Verständnis nicht die gleichen Erfahrungen gemacht haben <p><u>Nähe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinder - Beziehungsstatus - Urlaubsort - Automarke - Musikgeschmack <p><u>Nähe entsteht automatisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - gemeinsames Alltagshandeln - Gespräche <p><u>soziales Gefüge:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klienten bekommen Eigenheiten und Wertvorstellungen der Mitarbeiter mit - unterschiedliche Verbindungen zu Klienten → unterschiedliche Interessen für bestimmte Themen → Gespräche darüber 	<p><u>Abgrenzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wohnort - siezen - finanzielle Situation - Sorgen - körperlicher Kontakt - sexuelle Annäherungen - Leid der Klienten - Fragen nach Privatleben <p><u>Nähe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinder - Beziehungsstatus - Urlaubsort - Musikgeschmack - Automarke <p><u>Soziales Gefüge:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - automatische Nähe - gemeinsames Alltagshandeln - Klienten bekommen Eigenheiten und Wertvorstellungen der Mitarbeiter mit - unterschiedliche Verbindung zu Klienten → unterschiedliche Interessen für Themen → Gespräche darüber <p><u>Erfahrung mit Klienten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - mangelndes Gespür für Distanz - einige kommen körperlich zu Nahe <p><u>Nähe- Distanz ist Ausbalancieren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - geschieht persönlich - abhängig vom jeweiligen Kontakt <p><u>Beziehungsvoraussetzung Klienten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vertrauensvorschuss in Regeln, Vorschriften, Ansagen 	<p>C</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>E</p> <p>E</p> <p>E</p> <p>D</p>	<p>48</p> <p>178-285</p> <p>76</p> <p>175-192</p> <p>37- 72</p> <p>100-107</p> <p>110-120</p> <p>133-134</p>
---	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> - Urlaubsort - Musikgeschmack <p><u>Nähe entsteht automatisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Erzählungen der Klienten - gemeinsames Alltags-Handeln (Essen, Kontrollen) - private Gegenstände als Anlass für Gespräche 	<p><u>Abgrenzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragen nach Privatleben - dichter Körperkontakt <p><u>Klienten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - mangelndes Gespür für Distanz - einige kommen körperlich zu nahe 	<p><u>Voraussetzung persönlich:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - guter Umgang Nähe-Distanz - therapeutische Selbsterfahrung - Beziehungsfähigkeit - Kenntnisse der Methoden der Gesprächsführung 	E	137-160
<p><u>Nähe herstellen durch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Interesse zeigen (Vergangenheit, Interessen) <p><u>Soziales Gefüge:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klienten bekommen Eigenheiten und Wertvorstellungen der MitarbeiterInnen mit - unterschiedliche Verbindung zu Klienten → bestimmte Themen wecken unterschiedliches Interesse → mehr Gespräche 	<p><u>Nähe- Distanz ist ein Ausbalancieren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - passiert persönlich - abhängig vom jeweiligen Kontakt <p><u>Beziehungsvoraussetzung Klienten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vertrauensvorschuss in Regeln, Vorschriften, Ansagen 	<p><u>Voraussetzung institutionell:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Betreuungsschlüssel eins zu drei - mehrere Teambesprechungen in der Woche - viel Zeit für Klienten - Supervision - Qualitätssicherung 	E	169-200
<p><u>Abgrenzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragen nach dem Privatleben - dichter Körperkontakt <p><u>Klienten haben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Schwierigkeiten mit Nähe – Distanz - mangelndes Gespür für Distanz - einige kommen körperlich zu nahe <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Begrenzung: Keine freundschaftliche Beziehung</p>	<p><u>Voraussetzung persönlich:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - guter Umgang Nähe-Distanz - therapeutische Selbsterfahrung - Beziehungsfähigkeit - Kenntnisse der Methoden der Gesprächsführung <p><u>Voraussetzung institutionell:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Betreuungsschlüssel eins zu drei - mehrere Teambesprechungen in der Woche - viel Zeit für Klienten - Supervision - Qualitätssicherung 			
<p><u>Fördern der Klienten durch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rückmeldungen - Spiegelung - Anwesenheit - Authentizität 				
<p><u>Nähe- Distanz ist ein Ausbalancieren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - passiert persönlich - abhängig vom jeweiligen Kontakt 				

<p>und Motivation vom Klienten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gespräche - gemeinsame Ursachen explorieren - Blickwinkel Richtung Abstinenz lenken - weiteren Hilfebedarf ermittelt <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bei Rückfällen keine Entlassungen</p> <p><u>Nicht jeder Rückfall ist gleich → Einzelfallentscheidungen, verschiedene Ursachen für Rückfall:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Überforderung, Belastung, Probleme - aus Spaß, da wenig Abstinenzmotivation - Therapiemüdigkeit - dumme Gedanken - altes Milieu <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Wichtig: genaues Hinsehen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klient soll das verstehen und daraus lernen <p><u>Klienten werden nicht gleich entlassen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rückfälle gehören zur Erkrankung - Ausnahme: Mitbringen von Suchtmitteln <p><u>Deutlich machen von süchtigem Verhalten</u> wie Bequemlichkeit, Laissez-fair, Ungeduld</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Widerstand der Klienten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abstinenz als Bedrohung, ist nicht vorstellbar <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Erfahrung machen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spaß, witzig und albern sein auch ohne Drogen <p><u>Suchtdruck:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klienten werden häufiger danach befragt - Ursachen des Suchtdrucks werden exploriert 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation Richtung Abstinenz stärken - weiteren Hilfebedarf ermitteln - keine Entlassung <p><u>Umgang Rückfall:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Einzelfallentscheidungen - Rückfälle sind individuell - verschiedene Ursachen <ul style="list-style-type: none"> → Überforderung, Belastung, Probleme → aus Spaß, da wenig Abstinenzmotivation → dumme Gedanken → altes Milieu <p><u>Entlassungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Entlassung nach Rückfall - Rückfälle gehören zur Erkrankung - Ausnahme ist Mitbringen von Suchtmitteln <p><u>Süchtiges Verhalten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bequemlichkeit, Laissez-fair, Ungeduld - deutlich machen - Raum geben, in dem Klienten Spaß haben, witzig und albern sein dürfen, auch ohne Drogen - geduldig sein - Etappenziele formulieren <p><u>Suchtdruck:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - häufiges Nachfragen - Ursachen herausfinden - Verständnis und Bewusstheit über die Ursachen entwickeln - Alternativen und Bewältigungs- 	<p>oder Entwicklungsstufe des Klienten klären</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivation zur Abstinenz stärken - weiteren Hilfebedarf ermitteln <p><u>Entlassungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Entlassung nach Rückfall - Rückfälle gehören zur Erkrankung - Ausnahme, ist Mitbringen von Suchtmitteln, fehlende Abstinenzmotivation <p><u>Erfahrungen mit Suchtkranken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - viele ohne Schulabschluss - verlangsamt und eingeschränkt - wenig Intellekt - geduldig sein - süchtiges Verhalten wie, Bequemlichkeit, Laissez-fair, Ungeduld → deutlich machen, Raum geben wo Klienten Spaß haben und witzig, albern sein dürfen, auch ohne Drogen - Etappenziele formulieren <p><u>Umgang Suchtdruck:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - individuell - häufig nachfragen - Ursachenanalyse - Verständnis und Wissen über Ursachen vermitteln - Alternativen und Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten <p><u>Konträre Behandlung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Schonraum und Empathie bei Psychose - Klarheit und 	<p>C</p> <p>E</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>D</p>	<p>86- 88</p> <p>249-296</p> <p>342-344</p> <p>322</p> <p>296</p> <p>396-399</p> <p>395</p> <p>348-365</p> <p>424-429</p> <p>209-236</p> <p>375-384</p>
---	---	--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> - Verständnis und Bewusstheit über die Ursachen entwickeln - Alternativen und Bewältigungsstrategien erarbeiten <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Individuell</p> <p>Schonraum und Empathie bei Psychose → Klarheit und Konsequenz bei Sucht</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Ist kein Gegensatz</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Voraussetzung ist vertrauensvolle Beziehung</p> <p><u>Süchtige:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - viele ohne Schulabschluss - sind eingeschränkt und verlangsamt - haben wenig Intellekt <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geduld haben - Etappenziele für Erfolge definieren 	<p>strategien erarbeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umgang ist individuell <p><u>Umgang konträrer Behandlungsansätze:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Schonraum und Empathie bei Psychose - Klarheit und Konsequenz bei Sucht - kein Gegensatz - vertrauensvolle Beziehung ist Voraussetzung <p><u>Erfahrung mit Suchtkranken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - viele ohne Schulabschluss - eingeschränkt und verlangsamt - wenig Intellekt 	<p>Konsequenz bei Sucht</p> <ul style="list-style-type: none"> - kein Gegensatz - Voraussetzung ist vertrauensvolle Beziehung 		
<p><u>Klienten verstehen sich eher als süchtig:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sucht zugeben ist leichter Als Psychose - Psychose ist eher stigmatisiert - Psychose zugeben ist peinlicher <p><u>Einfluss ist abhängig ob Psychose vordergründig oder hintergründig ist:</u></p> <p><u>Vordergründige Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilisierend sein - Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten - regelmäßige Gespräche - Medikamente → Umgang mit psychischen Symptomen ist häufig schwierig <p><u>Vordergründige Sucht:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusammenhang zur Psychose 	<p><u>Krankheitsverständnis der Klienten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - verstehen sich eher als süchtig - Psychose ist eher stigmatisiert - Psychose zugeben ist peinlicher <p><u>Vordergründige Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilisierend sein - Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten - regelmäßige Gespräche - Medikamentengabe → Umgang mit Symptomen ist oft schwierig <p><u>Vordergründige Sucht:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusammenhang zur Psychose deutlich 	<p><u>Erfahrungen mit Klienten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - verstehen sich eher als süchtig - Psychose ist eher stigmatisiert - Psychose zugeben ist peinlich - lernen mit Psychose umzugehen, aber gleichzeitig daran festzuhalten - Psychose ist auch positiv besetzt - Aktivitäten, die Psychose verstärken → vermitteln, dass das nicht gut ist → Klient muss sich klar darüber werden <p><u>Umgang bei vordergründiger Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilisierend sein 	<p>E</p> <p>D</p> <p>E</p>	<p>328-331</p> <p>487-510</p> <p>338-349</p>

<p>deutlich machen → Konsum, um Psychose zu unterdrücken, Konsum als Ursache psychischer Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> - ermuntern über Psychose zu reden - Psychose nicht abwerten und bewerten 	<p>machen</p> <ul style="list-style-type: none"> - ermuntern, über Psychose zu reden - Psychose nicht abwerten und bewerten 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten - regelmäßige Gespräche - Medikamentengabe → Umgang mit Symptomen ist oft schwierig 		
<p><u>Bei akuten Psychosen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - auf Alltagssituation beziehen - darauf achten, wie es dem Klienten im Moment geht - gucken, wo Klient Hilfe und Unterstützung benötigt - verstehend und unterstützend sein - hoher versorgender Anteil - niedrigschwellige, akzeptierende, unterstützende, begleitende Haltung 	<p><u>Akute Psychosen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - auf Alltagssituation beziehen - darauf achten, wie es dem Klient im Moment geht - gucken, wo Hilfe und Unterstützung nötig ist - hoher versorgender Anteil - Verständnis - niedrigschwellige, begleitende und akzeptierende Haltung 	<p><u>Umgang bei vordergründiger Sucht:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusammenhang zur Psychose verdeutlichen - ermuntern, über Psychose zu reden - Psychose nicht abwerten und bewerten 	E	355-364
<p><u>Bei präpsychotischen Symptomen:</u></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht rücksichtslos reagieren - Geduld haben 	<p><u>präpsychotische Symptome:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - rücksichtsvoll sein - Geduld haben 	<p><u>Umgang bei akuter Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - auf Alltagssituation beziehen - darauf achten, wie es dem Klienten momentan geht - gucken, wo Hilfe und Unterstützung nötig ist - hoher versorgender Anteil - Verständnis - niedrigschwellige, akzeptierende, begleitende Haltung 	E	374-388
<p><u>Paradox:</u></p> <p>Lernen mit Psychose umzugehen und gleichzeitig daran festhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychose hat einen Reiz/ ist positiv besetzt → Aktivitäten, die das verstärken <p style="text-align: center;">↓</p> <p>vermitteln, das ist nicht gut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klienten müssen lernen sich zu entscheiden/ klar darüber werden 	<p><u>Paradox:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lernen, mit Psychose umzugehen, aber gleichzeitig daran festhalten - Psychose ist auch positiv besetzt - Aktivitäten, die Psychose verstärken - vermitteln, dass das nicht gut ist - Klienten müssen sich klar darüber werden 	<p><u>Umgang mit präpsychotischen Symptomen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - rücksichtsvoll sein - geduldig sein 	D	460-470
<p><u>Einfluss ist abhängig von der Erkrankung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Schizophrenie: Reizoffenheit, geringer Ich- Stärke, Unsicherheit, Bedrohung und Krisen → - behutsamer Umgang und beruhigen 	<p><u>Einfluss ist abhängig von der Erkrankung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Schizophrenie: Reizoffenheit, geringer Ich- Stärke, Unsicherheit, Bedrohung und Krisen → behutsam sein, beruhigen, Realitätsbezug 	<p><u>Umgang bei symptomfreier Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Konfliktumgang, Konfrontation wie bei gesunden Menschen 	C	134-136
		<p><u>Umgang bei Schizophrenie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reizoffenheit, 	C	123-130

<p>- Symptome auf Realität überprüfen</p> <p><u>Symptomfreie Schizophrenie:</u></p> <p>- Konfliktumgang und Konfrontation wie bei gesunden Menschen</p> <p><u>Beziehungsarbeit nur bei geringer Symptomlastigkeit möglich</u></p> <p><u>Bei Persönlichkeitsstörungen ganz anderer Umgang:</u></p> <p>- mehr Distanz - klare Kommunikation</p> <p><u>Nebenwirkung von Medikamenten:</u></p> <p>- Antriebsminderung - Einschränkungen</p> <p><u>Früher Cannabiskonsum:</u></p> <p>- schlechte Konzentration + Merkfähigkeit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Klienten nicht überfordern</p>	<p>herstellen</p> <p>- symptomfreie Schizophrenie → Konfliktumgang und Konfrontation wie bei gesunden Menschen</p> <p>- Persönlichkeitsstörung → mehr Distanz und klare Kommunikation</p> <p>Beziehungsarbeit nur bei geringer Symptomlastigkeit möglich</p> <p><u>Medikamente:</u></p> <p>- Nebenwirkungen wie, Antriebsminderung und Einschränkungen</p> <p>- Klienten nicht überfordern</p>	<p>geringe Ich-Stärke, Unsicherheit, Bedrohung, Krisen</p> <p>- behutsam sein - beruhigen - Realitätsbezug herstellen</p> <p><u>Umgang bei Persönlichkeitsstörung:</u></p> <p>- mehr Distanz - klare Kommunikation</p> <p><u>Medikamente:</u></p> <p>- bei hoher Symptomlastigkeit Voraussetzung für Beziehungsarbeit</p> <p>- Nebenwirkungen wie, Antriebsminderung, Einschränkungen</p> <p>- Klienten nicht überfordern</p>	<p>C</p> <p>C</p> <p>D</p>	<p>157-160</p> <p>154</p> <p>449-457</p>
<p><u>Klient mit Persönlichkeitsstörung + selbst verletzendes Verhalten + dissoziative Zustände</u></p> <p>- Kontaktaufnahme war nicht möglich</p> <p>- nach Verlassen der Einrichtung → Rückfall und daran verstorben</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>- bei dieser Erkrankung genauere Ressourcenanalyse</p> <p>- Ausschluss bei Selbstverletzung + aktiver Betreuung</p> <p>- Klienten können</p>	<p><u>Klient mit Persönlichkeitsstörung:</u></p> <p>- selbstverletzendes Verhalten und dissoziative Zustände</p> <p>- keine Kontaktaufnahme möglich</p> <p>- Rückfall nach Entlassung und daran verstorben</p> <p style="text-align: center;">↓ gelernt</p> <p>- genauere Ressourcenanalyse bei dieser Erkrankung</p> <p>- Ausschluss bei</p>	<p><u>Situationen mit Persönlichkeitsstörungen:</u></p> <p>- Klient mit selbstverletzendem Verhalten und dissoziative Zustände</p> <p>- Kontaktaufnahme war nicht möglich</p> <p>- an Rückfall nach Entlassung gestorben</p> <p>- Klientin hatte sich kräftig geschnitten und stark geblutet</p> <p>- war alleine in</p>	<p>C</p> <p>D</p>	<p>172-182</p> <p>545-548</p>

<p>Beziehung nicht aushalten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Betreuung wäre kontraindiziert <p><u>Seltene Ausnahme-situationen, die sich vom Alltag absetzen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klientin hatte sich kräftig geschnitten und stark geblutet - war allein in Situation - ruhig bleiben trotz Aufregung - wurde fast geschlagen - Polizei musste verständigt werden - Klient musste Haus verlassen <p><u>Leidvolle Erfahrung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Borderliner und Persönlichkeitsgestörte halten Beziehung nicht aus - ist zu viel Nähe trotz professioneller Abgrenzung - aus Not heraus schneiden sie sich <p><u>Freuen über:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klienten, die eine positive Entwicklung gemacht haben - positive Rückmeldung der Klienten über die Arbeit - regelmäßige Telefonate mit Klienten <p><u>Kritische Situationen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klienten, die bedrohlich waren im alleinigen Dienst→ telefonieren mit Kollegen - Zwangseinweisungen bei schweren Psychosen - verstorbener Klient und verstörte Nachtwache <p>Klienten mit negativen Ausgangsbedingungen, haben eine positive Entwicklung gemacht</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbindung aller möglichen Faktoren - Aufbau einer tragenden 	<p>aktivem selbstverletzendem Verhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klienten können Beziehung nicht aushalten - Betreuung wäre kontraindiziert <p><u>Borderlinepersönlichkeitsstörung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klientin hatte sich kräftig geschnitten und stark geblutet - war allein in Situation - musste ruhig bleiben trotz Aufregung - Persönlichkeitsgestörte halten Beziehung nicht aus - ist zu viel Nähe trotz professioneller Abgrenzung - aus Not heraus schneiden sie sich <p><u>Aggressiver Klient:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - wurde fast geschlagen - Polizei musste verständigt werden - Klient musste Haus verlassen <p><u>Freuen über:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - positive Entwicklung von Klienten, trotz negativer Ausgangsbedingungen - positive Rückmeldung von Klienten über geleistete Arbeit - regelmäßige Telefonate mit Klienten <p><u>Kritische Situationen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - bedrohliche Klienten im alleinigen Dienst→ telefonieren mit Kollegen - Zwangseinweisung bei schweren Psychosen 	<p>Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> - ruhig bleiben trotz Aufregung <p><u>Kritische Situationen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klienten die bedrohlich waren - Polizei musste verständigt werden oder telefonische Rücksprache mit Kollegen - Klient musste Haus verlassen - Zwangseinweisungen bei schweren Psychosen - Tod von Klienten <p><u>Freuen über:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - positive Entwicklung von Klienten, trotz negativer Ausgangsbedingungen - positive Rückmeldungen von Klienten über geleistete Arbeit - regelmäßige Telefonate mit Klienten <p><u>Lernerfahrungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - genauere Ressourcenanalyse bei Persönlichkeitsstörungen - Ausschluss bei aktivem selbstverletzendem Verhalten - Persönlichkeitsgestörte halten Beziehung nicht aus - ist zu viel Nähe trotz professioneller Abgrenzung - aus Not heraus selbstverletzendes Verhalten <p><u>Befriedigendere Arbeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - spannend - interessanter 	<p>D</p> <p>E</p> <p>E</p> <p>E</p> <p>C</p> <p>D</p> <p>E</p>	<p>556-563</p> <p>427-428</p> <p>431-439</p> <p>414-421</p> <p>183-187</p> <p>537-543</p> <p>480-508</p>
---	--	---	--	--

<p>Beziehung erhöht die Chancen einer guten Entwicklung</p> <p><u>Früher in Suchtarbeit gearbeitet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - In Suchteinrichtungen gab es viele mit einer Doppeldiagnose <p><u>Arbeit ist:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - spannend - Ergänzung zur vorherigen Arbeit - interessanter - intensiveres arbeiten - mehr Nähe zu Klienten → werden ein Jahr betreut → weniger sind zu betreuen als in Suchteinrichtungen <p style="text-align: center;">↓</p> <p>ist befriedigender</p> <p><u>Arbeit mit Doppeldiagnoseklienten war ein Zufall:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeit in Drogenklinik - erster Kontakt mit Doppeldiagnoseklienten - zehn bis fünfzehn Prozent mit Doppeldiagnose - wurden medikamentös sediert - Drogentherapie war für die zu anstrengend - schlechtes Gewissen → Hilfe war nicht ausreichend <p style="text-align: center;">↓</p> <p>nahm Stellenangebot an</p> <ul style="list-style-type: none"> - aufmerksam auf Stelle geworden - hatte keine Berührungsängste - konnte es sich gut vorstellen 	<ul style="list-style-type: none"> - verstorbener Klient und verstörte Nachtwache <p><u>Arbeit ist befriedigender:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - spannend - Ergänzung zur Suchtarbeit, wo es auch Doppeldiagnosen gab - interessanter - intensiveres arbeiten - viel Nähe zu Klienten → werden ein Jahr betreut → weniger sind zu betreuen als in Suchteinrichtungen <p><u>Schlechtes Gewissen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeit in Drogenklinik - zehn bis fünfzehn Prozent hatten Doppeldiagnose - wurden medikamentös sediert - Drogentherapie war zu anstrengend - Hilfe war nicht ausreichend - nahm Stellenangebot an 	<ul style="list-style-type: none"> - Ergänzung zur Suchtarbeit, wo es auch Doppeldiagnosen gab - intensiver - mehr Nähe zu Klienten → werden ein Jahr betreut → weniger sind zu betreuen als in Suchteinrichtungen <p><u>Schlechtes Gewissen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - zehn bis fünfzehn Prozent Doppeldiagnoseklienten in Drogenklinik - wurden medikamentös sediert - Therapie war zu anstrengend - Hilfe war nicht ausreichend - nahm Stellenangebot an 	<p style="text-align: center;">D</p>	<p style="text-align: center;">684-691</p>
---	---	--	--------------------------------------	--

Tabelle 8: Dritter Durchgang der Auswertung von Transkription A+ B+ C+ D+ E

Kategorien des zweiten Auswertungsdurchgangs	Reduktion der endgültigen Kategorien	Int.	Zeile
<p><u>Persönliche Voraussetzungen der Beziehungsarbeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - verlässlich sein - Versprechen und Absprachen einhalten - Interesse zeigen - offen und ehrlich sein - Grenzen ansprechen <ul style="list-style-type: none"> ▪ inakzeptables Verhalten ▪ Suchrückfälle ▪ Elternrollenübertragung ▪ nahe private Annäherungen ▪ Schuldzuweisungen - Grenzen vom Klienten und eigene Grenzen wahrnehmen und respektieren 	<p><u>Voraussetzungen:</u></p> <p><u>persönlich:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - verlässlich sein - Versprechen und Absprachen einhalten - Interesse zeigen - offen und ehrlich sein - Grenzen ansprechen <ul style="list-style-type: none"> → inakzeptables Verhalten → Suchrückfälle → Elternrollenübertragung → nahe private Annäherung → Schuldzuweisungen - Grenzen vom Klienten und eigene Grenzen wahrnehmen - guter Umgang Nähe- Distanz - therapeutische Selbsterfahrung - Beziehungsfähigkeit - Kenntnisse der Methoden der Gesprächsführung <p><u>authentisch sein ist wichtig</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Freude teilen → wertschätzen → eigenen Ärger mitteilen <p><u>institutionell:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - geringe Anzahl von Klienten → ermöglicht Wissen über Gefühlsleben des Einzelnen - geringer Betreuungsschlüssel - mehrere Teambesprechungen in der Woche - viel Zeit für Klienten - Supervision - Qualitätssicherung <p><u>Klienten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vertrauensvorschuss in Regeln, Ansagen, Vorschriften 	<p>A</p> <p>B</p> <p>E</p> <p>A</p> <p>E</p> <p>A</p> <p>D</p> <p>A</p>	<p>14-16</p> <p>33-66</p> <p>137-160</p> <p>6-13</p> <p>67-80</p> <p>169-200</p> <p>133-134</p> <p>22-26</p>
<p><u>Voraussetzung persönlich:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - guter Umgang Nähe- Distanz - therapeutische Selbsterfahrung - Beziehungsfähigkeit - Kenntnisse der Methoden der Gesprächsführung <p><u>Authentizität ist wichtig:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Freude teilen - wertschätzen - eigenen Ärger mitteilen <p><u>Institutionelle Voraussetzungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - geringe Anzahl von Klienten ermöglicht Wissen über Gefühlsleben des Einzelnen <p><u>Voraussetzung institutionell:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Betreuungsschlüssel eins zu drei - mehrere Teambesprechungen in der Woche - viel Zeit für Klienten - Supervision - Qualitätssicherung 	<p><u>Beziehungsvoraussetzung Klienten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vertrauensvorschuss in Regeln, Vorschriften, Ansagen <p><u>Umgang mit Sanktionen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsequenzen erklären, 	<p>B</p> <p>D</p>	<p>5-10</p> <p>9-41</p>

<p>fördert Einsicht bei Sanktionen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - empathisch sein - Vertrauen herstellen - Klient lernt Arbeitsweise des Helfenden kennen 	B	5-10
<p><u>Beziehungsaufbau durch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nach Lebensdaten der Klienten fragen - empathisch sein - Kennenlernen der Arbeitsweise des Helfenden - beiderseitiges Vertrauen herstellen 	<p><u>entsteht durch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - einjährige Begleitung - regelmäßiges Sehen - Klienten zeigen, ihn kennenlernen zu wollen - Unterstützung und Begleitung in allen Bereichen anbieten - deutlich machen, sich wohlwollend und kritisch mit allen Themen auseinanderzusetzen 	E	8-29
<p><u>Kennenlernen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - auf Klienten eingehen - Eindruck vom Klienten machen - diese Eindrücke schildern - Klienten auffordern sich selbst zu beschreiben 	<ul style="list-style-type: none"> - vertrauensvoller Umgang - ansprechbar sein - gemeinsame Unternehmungen - Zeit für Klienten nehmen - wertschätzen 	D	43-103
<p><u>Beziehungsgestaltung ist unabhängig von der Diagnose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - individuell und altersabhängig 	<p><u>Soziales Gefüge:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nähe entsteht automatisch - gemeinsames Alltagshandeln - Klienten bekommen Eigenheiten und Wertvorstellungen der Mitarbeiter mit - unterschiedliche Verbindung zu Klienten → unterschiedliche Interessen und Gespräche über Themen 	E	37-72
<p><u>Junge Klienten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - eher autoritär mit wohlwollender Gutmütigkeit - eher väterlich <p><u>Gleichaltrige und ältere Klienten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eigenständigkeit ist im Vordergrund - Kommunikation auf gleicher Augenhöhe 	<p><u>Beziehungscharakter:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - unabhängig von Diagnose - individuell und altersabhängig - <u>junge Klienten</u> → eher autoritär mit wohlwollender Gutmütigkeit → eher elterlich - <u>gleichaltrige und ältere Klienten</u> → Eigenständigkeit ist im Vordergrund → Kommunikation auf gleicher Augenhöhe 	C	9-32
<p><u>Beziehungsaufbau durch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - einjährige Begleitung - regelmäßiges Sehen - signalisieren, den Klienten kennenlernen zu wollen - Unterstützung und Begleitung in allen Bereichen anbieten - deutlich machen, sich wohlwollend und kritisch mit allen Themen auseinanderzusetzen - vertrauensvoller Umgang - ansprechbar sein - gemeinsame Unternehmungen - sich Zeit für Klienten nehmen - Wertschätzen 	<p><u>Nähe und Distanz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ist ein persönliches Ausbalancieren - abhängig vom jeweiligen Kontakt - Klienten haben häufig mangelndes Gespür für Distanz - einige kommen körperlich zu nahe 	E	110-120 100-107
<p><u>Soziales Gefüge</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - automatische Nähe - gemeinsames Alltagshandeln - Klienten bekommen Eigenheiten und Wertvorstellungen der Mitarbeiter mit - unterschiedliche Verbindung zu 	<p><u>Nähe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - wesentliches aus dem Privatleben wird mitgeteilt - Haustiere, Urlaub, Kinderstatus, Beziehungsstatus, Musikgeschmack, Automarke → kein unbeschriebenes Blatt sein 	A D A	34-48 175-192 34-48

<p>Klienten → unterschiedliche Interessen für Themen→ Gespräche darüber</p> <p><u>Erfahrung mit Klienten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - mangelndes Gespür für Distanz - einige kommen körperlich zu nahe <p><u>Nähe- Distanz ist Ausbalancieren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - geschieht persönlich - abhängig vom jeweiligen Kontakt <p><u>Abgrenzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wohnort - siezen - finanzielle Situation - Sorgen - körperlicher Kontakt - sexuelle Annäherungen - Leid der Klienten - Fragen nach Privatleben <p><u>Nähe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinder - Beziehungsstatus - Urlaubsort - Musikgeschmack - Automarke <p><u>Abgrenzung bei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Privatleben und Arbeit - privaten Beziehungsproblemen - eigenem Gefühlsleben - keine freundschaftliche Beziehung <p><u>Nähe bei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - wesentliches aus dem Privatleben wird mitgeteilt (Haustiere, Urlaub) → kein unbeschriebenes Blatt sein 	<p><u>Abgrenzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trennung Privatleben und Arbeit - private Beziehungsprobleme - eigenes Gefühlsleben - Wohnort - siezen der Klienten - körperlicher Kontakt - sexuelle Annäherungen - Leid der Klienten - Fragen nach dem Privatleben - keine freundschaftliche Beziehung 	<p>A</p> <p>C</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>B</p>	<p>34-48</p> <p>48</p> <p>178-285</p> <p>76</p> <p>19</p>
<p><u>Umgang Suchtdruck:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - individuell - häufig nachfragen - Ursachenanalyse - Verständnis und Wissen über Ursachen vermitteln - Alternativen und Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten <p><u>Suchtrückfallumgang:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - damit konfrontieren - Motivation und Krankheitseinsicht fördern 	<p><u>Umgang mit Verlangen nach Suchtmitteln:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Umgang ist individuell - häufiges Nachfragen - Ursachenanalyse - Verständnis und Wissen über Ursachen vermitteln - Alternativen und Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten <p><u>Umgang mit Suchtmittelrückfällen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - individuelle 	<p>E</p> <p>D</p>	<p>209-236</p> <p>300-</p>

<ul style="list-style-type: none"> - an Eigenverantwortung appellieren - Bewältigungsstrategien erarbeiten - weiteren Hilfebedarf und Interventionsmaßnahmen eruieren - Entlastung schaffen 	<p>Einzelfallentscheidungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - verschiedene Ursachen: <ul style="list-style-type: none"> → Überforderung, Belastung, Probleme → wenig Abstinenzmotivation → dumme Gedanken → altes Milieu 		321
<p><u>Suchtrückfallumgang:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Einzelfallentscheidungen - individuell - verschiedene Ursachen: <ul style="list-style-type: none"> → Überforderung, Belastung, Probleme → wenig Abstinenzmotivation → dumme Gedanken → altes Milieu - Bereitschaft und Motivation des Klienten ist Voraussetzung für Arbeit mit Rückfällen - gemeinsame Ursachen herausfinden oder Entwicklungsstufe des Klienten klären - Motivation zur Abstinenz stärken - weiteren Hilfebedarf ermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> - Voraussetzung für Arbeit mit Rückfällen ist Bereitschaft und Motivation des Klienten - damit konfrontieren - Motivation und Krankheitseinsicht fördern - an Eigenverantwortung appellieren - Bewältigungsstrategien erarbeiten - weiteren Hilfebedarf und Interventionsmaßnahmen eruieren - Entlastungen schaffen 	B	100-133
<p><u>Disziplinarische Entlassung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Überforderung - fehlende Motivation und Krankheitseinsicht - zu junges Alter - fehlende Lebenserfahrung 	<p><u>Entlassungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Entlassung nach Rückfall - Rückfälle gehören zur Erkrankung <p><u>Ausnahme:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitbringen von Suchtmitteln - bei Überforderung - fehlende Motivation und Krankheitseinsicht - zu junges Alter und fehlende Lebenserfahrung 	D	342-344
<p><u>Entlassungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Entlassung nach Rückfall - Rückfälle gehören zur Erkrankung - Ausnahme ist mitbringen von Suchtmitteln, fehlende Abstinenzmotivation 	<p><u>Erfahrungen mit Suchtkranken</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enttäuschungen am Anfang durch Lügen - zu naiv gewesen - Lügen erschweren Beziehungsaufbau - durch schlechtes Gewissen können Klienten Beziehungsangebot nicht annehmen - ist schwer aushaltbar und führt zu Rückfällen 	B	111-124
<p><u>Erfahrungen mit Suchtkranken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - betrügen - idealisieren die Sucht - Angst vor Auseinandersetzung mit Streit und Konflikten - mangelnde Gefühlsregulation - fehlendes Verantwortungsbewusstsein - ungeduldig 	<ul style="list-style-type: none"> - lügen nicht jedem unterstellen - aber Lügen erwarten und nicht enttäuscht sein - idealisieren die Sucht - Angst vor Auseinandersetzungen mit Streit und Konflikten - mangelnde Gefühlsregulation - fehlendes Verantwortungsbewusstsein 	A	86-91
<p><u>Erfahrungen mit Suchtkranken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - viele ohne Schulabschluss - verlangsamt und eingeschränkt - wenig Intellekt - geduldig sein - süchtiges Verhalten wie, 	<ul style="list-style-type: none"> - häufig ohne Schulabschluss und wenig Intellekt - verlangsamt und eingeschränkt - süchtiges Verhalten wie, Laissez-fair, Bequemlichkeit und Ungeduld - süchtiges Verhalten verdeutlichen 	B	93-100
		B	77-94
		D	348-441

<p>Bequemlichkeit, Laissez- fair, Ungeduld → deutlich machen, Raum geben wo Klienten Spaß haben und witzig, albern sein dürfen, auch ohne Drogen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etappenziele formulieren <p><u>Naivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enttäuschungen am Anfang durch Lügen <p><u>Sucht als Bewältigungshandeln:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - vorgelebtes Lösungshandeln - Flucht vor belastender Realität - fehlende Unterstützung <p><u>Sucht als psychische Störung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ursachen der Kindheit - Ich- Strukturen nicht gelernt <p><i>Aber:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Appellieren an Eigenverantwortung → vergessen der Sucht als psychische Störung <p><u>Lügen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - erschweren Beziehungsaufbau - schlechtes Gewissen der Klienten - Beziehungsangebot kann nicht angenommen werden - ist schwer aushaltbar und führt zu Rückfällen - lügen nicht jedem unterstellen - aber Lügen erwarten und nicht enttäuscht sein <p><u>Erfahrung mit Suchtarbeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ist einfacher und strukturierter - klare Regeln - Sanktion bei Konsum <p><u>Konträre Behandlung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Schonraum und Empathie bei Psychose - Klarheit und Konsequenz bei Sucht - kein Gegensatz - Voraussetzung ist vertrauensvolle Beziehung 	<ul style="list-style-type: none"> - geduldig sein - Klienten einen Raum geben wo sie Spaß haben und witzig, albern sein dürfen, auch ohne Drogen - Etappenziele formulieren <p><u>Suchtverständnis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewältigungshandeln <ul style="list-style-type: none"> → vorgelebtes Lösungshandeln → Flucht vor Realität → fehlende Unterstützung - psychische Störung <ul style="list-style-type: none"> → Ursachen in der Kindheit → Ich- Strukturen nicht gelernt → appellieren an Eigenverantwortung – vergessen der Sucht als psychische Störung <p><u>Erfahrung mit Suchtarbeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ist einfacher und strukturierter - klare Regeln - Sanktion bei Konsum <p><u>Konträre Behandlung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Schonraum und Empathie bei Psychose - Klarheit und Konsequenz bei Sucht - kein Gegensatz - Voraussetzung ist vertrauensvolle Beziehung 	<p>B</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>D</p>	<p>147-153</p> <p>129-138</p> <p>102-109</p> <p>375-384</p>
<p><u>Erfahrungen mit Klienten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - verstehen sich eher als süchtig - Psychose ist eher stigmatisiert - Psychose zugeben ist peinlich 	<p><u>Erfahrungen mit Klienten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - verstehen sich eher als süchtig - Psychose ist eher stigmatisiert - Psychose zugeben ist peinlich 	<p>E</p>	<p>328-331</p>

<ul style="list-style-type: none"> - lernen mit Psychose Umzugehen, aber gleichzeitig daran festhalten - Psychose ist auch positiv besetzt - Aktivitäten, die Psychose verstärken → vermitteln, dass das nicht gut ist → Klient muss sich klar darüber werden 	<ul style="list-style-type: none"> - lernen mit Psychose umzugehen, aber gleichzeitig daran festhalten - Psychose ist auch positiv besetzt - Aktivitäten, die Psychose verstärken → vermitteln, dass das nicht gut ist → Klient muss sich darüber klar werden 	D	487-510
<p><u>Borderlinepersönlichkeitsstörung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Umgang ist schwieriger - Entwertungen und grundloses Anschreien 	<ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit Borderlinern ist schwierig - Entwertungen und grundloses Anschreien 	A	149-153
<p><u>Psychotiker:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sind ängstlich, unsicher, misstrauisch - können keine langfristigen und stabilen Beziehungen führen - mangelndes Einfühlungsvermögen → Therapeut als mechanisches Wesen 	<ul style="list-style-type: none"> - mehr Distanz, klare Kommunikation ist wichtig - Psychotiker sind ängstlich, unsicher, misstrauisch - Orientierungspunkte am Anfang geben - Versprechen einhalten - zuhören - Regeln konsequent anwenden - Sicherheit, Vertrauen und Offenheit herstellen 	C	157-160
<p><u>Umgang bei Persönlichkeitsstörung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - mehr Distanz - klare Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychotiker sind ängstlich, unsicher, misstrauisch - Orientierungspunkte am Anfang geben - Versprechen einhalten - zuhören - Regeln konsequent anwenden - Sicherheit, Vertrauen und Offenheit herstellen - können keine langfristigen und stabilen Beziehungen führen 	B	161-167
<p><u>Medikamente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - bei hoher Symptomlastigkeit Voraussetzung für Beziehungsarbeit - Nebenwirkungen wie, Antriebsminderung, Einschränkungen - Klienten nicht überfordern 	<ul style="list-style-type: none"> - können keine langfristigen und stabilen Beziehungen führen - haben mangelndes Einfühlungsvermögen → Therapeut als mechanisches Wesen - normale Beziehung vermitteln - Beziehung trotz Streit und Ärger - Spiegeln - Einfühlungsvermögen fördern 	B	168-177
<p><u>Medikamente sind notwendig für Beziehung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei Psychosen → zu instabil, um in Beziehung zu gehen - dämpfen Verfolgungsgefühle, Beziehungsideen, Angst vor Manipulation - fördert Auseinandersetzung mit der Psychose - hemmt Angst und Abwehr <p style="text-align: center;">↓</p> <p>nicht notwendig bei abgeklungenen Psychosen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Regeln konsequent anwenden - Sicherheit, Vertrauen und Offenheit herstellen - können keine langfristigen und stabilen Beziehungen führen - haben mangelndes Einfühlungsvermögen → Therapeut als mechanisches Wesen - normale Beziehung vermitteln - Beziehung trotz Streit und Ärger - Spiegeln - Einfühlungsvermögen fördern 	A	154
<p><u>Umgang bei vordergründiger Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilisierend sein - Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten 	<p><u>Medikamente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - bei hoher Symptomlastigkeit Voraussetzung für Beziehungsarbeit - dämpfen Verfolgungsgefühle, Beziehungsideen, Angst und Abwehr - fördert Auseinandersetzung mit der Psychose - Nebenwirkungen wie, Antriebsminderung, Einschränkungen - Klienten dann nicht überfordern 	A	163-171
<p><u>Umgang bei vordergründiger Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilisierend sein - Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten 	<p><u>Stellenwert der Erkrankungen bei den Betroffenen</u></p> <p><u>vordergründige Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilisieren - Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten - regelmäßige Gespräche 	A	156-162
<p><u>Umgang bei vordergründiger Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilisierend sein - Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten 	<p><u>Stellenwert der Erkrankungen bei den Betroffenen</u></p> <p><u>vordergründige Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilisieren - Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten - regelmäßige Gespräche 	C	154
<p><u>Umgang bei vordergründiger Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilisierend sein - Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten 	<p><u>Stellenwert der Erkrankungen bei den Betroffenen</u></p> <p><u>vordergründige Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilisieren - Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten - regelmäßige Gespräche 	B	191-197
<p><u>Umgang bei vordergründiger Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilisierend sein - Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten 	<p><u>Stellenwert der Erkrankungen bei den Betroffenen</u></p> <p><u>vordergründige Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilisieren - Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten - regelmäßige Gespräche 	D	449-457
<p><u>Umgang bei vordergründiger Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilisierend sein - Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten 	<p><u>Stellenwert der Erkrankungen bei den Betroffenen</u></p> <p><u>vordergründige Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilisieren - Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten - regelmäßige Gespräche 	E	338-349

<ul style="list-style-type: none"> - regelmäßige Gespräche - Medikamentengabe → Umgang mit Symptomen ist oft schwierig <p><u>Umgang bei vordergründiger Sucht:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusammenhang zur Psychose verdeutlichen - ermuntern über Psychose zu reden - Psychose nicht abwerten und bewerten 	<ul style="list-style-type: none"> - Medikamentengabe bei Symptomen <p><u>vordergründiger Sucht:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusammenhang zur Psychose verdeutlichen - ermuntern über Psychose zu reden - Psychose nicht abwerten und bewerten 	E	355-364
<p><u>Umgang bei Schizophrenie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reizoffenheit, geringe Ich-Stärke, Unsicherheit, Bedrohung, Krisen - behutsam sein - beruhigen - Realitätsbezug herstellen 	<p><u>Umgang mit psychischen Symptomen:</u></p> <p><u>akute Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reizoffenheit, geringe Ich-Stärke, Unsicherheit, Bedrohung, Krisen - Realitätsbezug herstellen - behutsam sein - beruhigen - auf die Alltagssituation beziehen - darauf achten, wie es dem Klienten momentan geht 	C	123-130
<p><u>Umgang bei akuter Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - auf Alltagssituation beziehen - darauf achten, wie es dem Klienten momentan geht - gucken, wo Hilfe und Unterstützung nötig ist - hoher versorgender Anteil - Verständnis - niedrigschwellige, akzeptierende, begleitende Haltung 	<ul style="list-style-type: none"> - gucken, wo Hilfe und Unterstützung nötig ist - hoher versorgender Anteil - Verständnis - niedrigschwellige, akzeptierende, begleitende Haltung <p><u>präpsychotische Symptome:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - rücksichtsvoll sein - geduldig sein 	E	374-388
<p><u>Umgang bei Schizophrenie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reizoffenheit, geringe Ich-Stärke, Unsicherheit, Bedrohung, Krisen - behutsam sein - beruhigen - Realitätsbezug herstellen 	<p><u>symptomfreie Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Konfliktumgang, Konfrontation wie bei gesunden Menschen 	D	460-470
<p><u>Umgang mit präpsychotischen Symptomen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - rücksichtsvoll sein - geduldig sein 	<ul style="list-style-type: none"> - Konfliktumgang, Konfrontation wie bei gesunden Menschen 	C	134-136
<p><u>Umgang bei symptomfreier Psychose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Konfliktumgang, Konfrontation wie bei gesunden Menschen <p><u>Umgang mit Psychotikern und Borderlinern:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - normale Beziehung vermitteln <ul style="list-style-type: none"> → Beziehung trotz Streit und Ärger → Kritik aushalten → Spiegeln → Einfühlungsvermögen fördern - Orientierungspunkte am Anfang: 			

<p>→ Versprechen einhalten → zuhören → konsequente Regelanwendung</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Sicherheit, Vertrauen und Offenheit herstellen</p>			
<p><u>Naivität mit Persönlichkeitsstörung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - wenig konfrontativ am Anfang, durch Unwissenheit und Unsicherheit - wurde erniedrigt <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Heute: - mehr Konfrontation - besserer Umgang mit Erniedrigungen</p> <p><u>Situationen mit Persönlichkeitsstörungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klient mit selbstverletzendem Verhalten und dissoziative Zustände - Kontaktaufnahme war nicht möglich - an Rückfall nach Entlassung gestorben - Klientin hatte sich kräftig geschnitten und stark geblutet - war alleine in Situation - ruhig bleiben trotz Aufregung <p><u>Lernerfahrungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - genauere Ressourcenanalyse bei Persönlichkeitsstörungen - Ausschluss bei aktiven selbstverletzendem Verhalten - Persönlichkeitsgestörte halten Beziehung nicht aus - ist zu viel Nähe trotz professioneller Abgrenzung - aus Not heraus selbstverletzendes Verhalten <p><u>Kritische Situationen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klienten, die bedrohlich waren - Polizei musste verständigt werden oder telefonische Rücksprache mit Kollegen - Klient musste Haus verlassen - Zwangseinweisungen bei schweren Psychosen - Tod von Klienten 	<p><u>Situationen mit Persönlichkeitsstörungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - naiv am Anfang durch Unwissenheit und Unsicherheit → wenig konfrontativ gewesen - wurde erniedrigt - daraus gelernt: mehr Konfrontation, besserer Umgang mit Erniedrigungen - Kontaktaufnahme zu einem Klienten war nicht möglich - stark selbstverletzendes Verhalten und dissoziative Zustände - an Rückfall nach Entlassung gestorben - daraus gelernt: genauere Ressourcenanalyse, Ausschluss bei aktiven selbstverletzenden Verhalten - Klientin hat sich stark geschnitten und geblutet - war alleine im Dienst - musste ruhig bleiben trotz Aufregung - daraus gelernt: halten Beziehung nicht aus, zu viel Nähe trotz professioneller Abgrenzung, aus Not heraus selbstverletzendes Verhalten <p><u>Lernerfahrung im Umgang mit der Sucht:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - mehr vertraut und geglaubt am Anfang - Klient hatte dann Rückfall - daraus gelernt: mehr Begrenzung, klarer in Regeln und Konsequenzen, mehr Orientierung und Hilfe geben <p><u>Kritische Situationen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - bedrohliche Klienten im alleinigen Dienst <ul style="list-style-type: none"> → verständigen der Polizei → telefonische Rücksprache mit Kollegen - Zwangseinweisungen bei schweren Psychosen 	<p>A</p> <p>C</p> <p>D</p> <p>B</p> <p>D</p> <p>E</p>	<p>213-223</p> <p>172-187</p> <p>537-548</p> <p>210-224</p> <p>556-563</p> <p>427-439</p>

<p><u>Freude:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontakt zu ehemaligen Klienten - Abschiedsgeschenke - Bedankung - Grußkarten <p><u>Schöne Erlebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - positive Entwicklung von Klienten <p><u>Freuen über:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - positive Entwicklung von Klienten, trotz negativer Ausgangsbedingungen - positive Rückmeldungen von Klienten über geleistete Arbeit - regelmäßige Telefonate mit Klienten <p><u>Schlechtes Gewissen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - zehn bis fünfzehn Prozent Doppeldiagnoseklienten in Drogenklinik - wurden medikamentös sediert - Therapie war zu anstrengend - Hilfe war nicht ausreichend - nahm Stellenangebot an <p><u>Befriedigendere Arbeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - spannend - interessanter - Ergänzung zur Suchtarbeit, wo es auch Doppeldiagnosen gab - intensiver - mehr Nähe zu Klienten <ul style="list-style-type: none"> → werden ein Jahr betreut → weniger sind zu betreuen als in Suchteinrichtungen <p><u>Spaß:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Herausforderung - Theorie ist spannend - Arbeit macht Sinn, auch ohne maximale Entwicklung der Klienten <p><u>klares Arbeitsfeld:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeit mit einer Erkrankung, immer Konfrontation mit der anderen Erkrankung - keine unterschiedliche Wertung der Erkrankungen - Krankheiten werden gleichwertig betrachtet - offener Umgang mit beiden Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Tod von Klienten <p><u>Schöne Erlebnisse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - positive Entwicklung von Klienten, trotz negativer Ausgangsbedingungen - positive Rückmeldung von Klienten über geleistete Arbeit - Kontakte zu ehemaligen Klienten - Abschiedsgeschenke - Dank, Grußkarten <p><u>Motivation:</u></p> <p><u>schlechtes Gewissen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Doppeldiagnoseklienten in Drogenklinik - wurden medikamentös sediert - Therapie war für die zu anstrengend - Hilfe war nicht ausreichend - nahm Stellenangebot an <p><u>befriedigende Arbeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - spannend - interessant - Ergänzung zur Suchtarbeit, wo es Auch Doppeldiagnosen gab - ist intensiver - mehr Nähe zu Klienten <ul style="list-style-type: none"> → längere Betreuung, geringerer Betreuungsschlüssel <p><u>Spaß:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeit ist Herausforderung - Theorie ist spannend - Arbeit macht Sinn, auch ohne maximale Entwicklung der Klienten <p><u>klares Arbeitsfeld:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeit mit einer Erkrankung immer Konfrontation mit der anderen Erkrankung - keine unterschiedliche Wertung der Erkrankungen - Krankheiten werden gleichwertig betrachtet - offener Umgang mit beiden Erkrankungen 	<p>E</p> <p>A</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>A</p> <p>B</p>	<p>414-421</p> <p>234-243</p> <p>684-691</p> <p>480-508</p> <p>253-263</p> <p>245-252</p>
--	---	---	---