Stationärer Entzug, der Start in ein suchtfreies Leben?

Arbeitsfeld Entzug und Entwöhnung

Markus Kaufmann¹

1. Die Klinik Zugersee

Das therapeutische Angebot der Klinik Zugersee beinhaltet Behandlungen für sämtliche Formen psychischer Erkrankungen (z. B. Depressionen, Ängste, Psychosen, Abhängigkeitserkrankungen und verschiedene Demenzformen) sowie psychosomatischer Erkrankungen (z. B. Schlafstörungen und Schmerzstörungen).

Als Institution der Triplus AG deckt die Klinik Zugersee im Auftrag des Psychiatriekonkordats der Kantone Uri, Schwyz und Zug die psychiatrische Grundversorgung der erwachsenen Bevölkerung ab. Neben der regulären Behandlung von psychisch erkrankten Menschen aller Versicherungskategorien bietet die Klinik auch akute Notfallbehandlungen und stationäre Kriseninterventionen an. PrivatpatientInnen aus der ganzen Schweiz und dem Ausland werden auf der Psychotherapiestation Privé behandelt.

In der Klinik werden psychologische, somatische und soziale Therapieansätze angewendet. Die Klinik verfügt auf 9 Stationen über 156 Betten.

2. Suchttherapie im stationären Setting

In der Klinik Zugersee wird mit zwei unterschiedlichen Suchtbehandlungskonzepten gearbeitet. Einerseits mit dem Konzept zur Behandlung von PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit (vgl. Winkler 2013) und andererseits mit dem Konzept zur Entzugsbehandlung von illegalen Substan-

¹ Dipl. Sozialarbeiter HFS, klinikinterner Sozialdienst der Klinik Zugersee.

zen (vgl. Bergner 2017). Diese beiden Konzepte tragen dazu bei, die Entzugs- bzw. Entwöhnungsbehandlung von legalen und illegalen Substanzen sowohl auf allen allgemeinspsychiatrischen Akutstationen unserer Klinik sowie auf der suchtspezifischen Abteilung zu vereinheitlichen und den Behandlungsleitfaden sowohl dem Patienten/der Patientin als auch dem MitarbeiterInnenteam gegenüber transparent zu gestalten. Mit den PatientInnen werden individuelle Ziele festgelegt, die in einer Behandlungsvereinbarung schriftlich festgehalten werden. Die Behandlungsvereinbarung orientiert alle beteiligten Professionen über die Behandlungsrichtung und thematisiert u. a. auch, welche Folgen ein allfälliger Rückfall nach sich zieht.

Ein besonderer Wirkfaktor in der Behandlung ist die personenzentrierte Beziehungsgestaltung, wobei die gängigen Prinzipien aus der Recovery- und Adherence-Forschung umgesetzt werden (vgl. Goshke/Kuhl 1993). Psychotherapeutisch werden verhaltenskognitive Ansätze mit Arbeitsmaterialien aus dem klinikinternen Alkohol-Konzept kombiniert, welches sich an den Empfehlungen der DGPPN-Leitlinien orientiert.² Die integrierte psychiatrische Behandlung umfasst zudem ergänzende evidenzbasierte Psychopharmakotherapie.

Das Alkohol-Konzept ist für stationäre Aufenthalte auf freiwilliger Basis konzipiert. Bei PatientInnen, die per FU (fürsorgerische Unterbringung) mit einer Abhängigkeitserkrankung in die Klinik kommen, sind die komorbiden psychiatrischen Störungen häufig vordergründig und Auslöser der fürsorgerischen Unterbringung. Diese Störungen müssen gesondert betrachtet werden.

Die erste Phase der Behandlung von PatientInnen mit Suchtproblemen findet in unserer Klinik auf den allgemeinspsychiatrischen Akutstationen statt, solange die Suchtentwöhnung oder die Behandlung der komorbiden psychiatrischen Störungen im Vordergrund stehen. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, KlientInnen direkt auf der spezialisierten Suchtbehandlungsstation aufzunehmen. Dies wird vor dem Eintritt in Absprache mit dem/der PatientIn und den zuweisenden Stellen je nach Vorbelastung und Schweregrad der Erkrankung festgelegt.

² Die verschiedenen DGPPN Leitlinien sind hier zugänglich: www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html, Zugriff 21.11.2019.

Die Behandlung im stationären Setting ermöglicht eine Akutbehandlung, welche in der Regel 6 bis 8 Wochen dauert. Ziele dieses Aufenthaltes sind der Entzug und idealerweise auch ein Teil der Entwöhnung im Hinblick auf eine künftige Abstinenz. An diese Behandlung schliesst idealerweise eine stationäre Therapie im Sinne einer Postakutbehandlung an, welche üblicherweise klinikintern auf der Suchtspezialtherapiestation stattfindet oder in einer anderen externen Suchtklinik. Die Behandlungsdauer auf der Suchtbehandlungsstation der Klinik Zugersee beträgt meistens zwischen 6 - 8 Wochen. In einer krankenkassenanerkannten externen Suchtinstitution beträgt die Behandlungszeit ca. 3 - 6 Monate.

Sowohl Akutbehandlung wie auch stationäre Therapie werden durch die Krankenkasse finanziert.

2.1 Die stationäre Soziale Arbeit im Kontext der Suchtbehandlung

Auf der Suchttherapiestation (16 Betten) ist der Sozialdienst mit einem Pensum von 30 % vertreten. Der Sozialdienst ist Teil des Behandlungsteams, das sich aus ÄrztInnen, PsychologInnen, Pflegefachpersonen sowie Fachpersonen für handlungs- und werkorientierte Therapie, Kunst- und Ausdruckstherapie, Musiktherapie und Soziale Arbeit zusammensetzt. Die Fallverantwortung liegt bei den ÄrztInnen oder PsychologInnen. Die Fallführenden bilden gemeinsam mit den Pflegefachpersonen ein Kernteam. Fehlende Ressourcen verhindern, dass der Sozialdienst Teil des Kernteams ist.

Der Sozialdienst nimmt einmal wöchentlich am interdisziplinären Rapport teil. Die mit den KlientInnen erarbeiteten Ziele werden mit den anwesenden TherapeutInnen diskutiert und die weiteren Schritte gemeinsam geplant. Der Einbezug der verschiedenen Disziplinen ermöglicht ein gegenseitiges gutes Verständnis für den/die PatientIn.

Für eine adäquate Behandlung ist es zentral, Menschen in ihrem Eigenverständnis, im Erleben ihrer Selbstwirksamkeit zu begreifen und ihre Lebensführung zu verstehen. Die Soziale Arbeit kann hier einen wichtigen Beitrag leisten. Daher ist der Einbezug des klinikinternen Sozialdienstes ein wichtiger Teil der Behandlung. Die Soziale Arbeit ist spezialisiert darauf, die Auswirkungen der sozialen Faktoren im Gesamtkontext der Lebensführung zu erkennen. In einem nächsten Schritt kann der Sozialdienst

entsprechende Schritte einleiten, die zu einer Entlastung oder gar zu einer Verbesserung der gesamten Situation führen.

Ein Schwerpunkt sozialarbeiterischen Handelns ist die soziale Analyse der Lebenssituation der PatientInnen (siehe dazu Kapitel 3). Der Sozialdienst betrachtet Ressourcen und Defizite nicht isoliert, sondern in einem sozialen Kontext. Es ist wichtig, dass die Sozialarbeitenden zusammen mit dem/der PatientIn allfällige Brennpunkte (wie unsichere Wohnsituation, offene Rechnungen etc.) eruieren und mit der nötigen Unterstützung dazu beitragen, weitere Probleme zu verhindern.

Sozialarbeitende kennen im Idealfall die verschiedenen Krankheitsbilder und können dadurch besser nachvollziehen, wie der/die PatientIn denkt, fühlt und handelt.

Ein Aufenthalt in der Klinik Zugersee wird durch die Krankenkasse (KVG) finanziert. Die Soziale Arbeit ist kein Bestandteil des bestehenden Finanzierungsvertrages. Sie wird durch die Klinikaufenthaltstaxe querfinanziert, weshalb eine Stellenerweiterung aktuell trotz Bedarf nicht möglich ist.

2.2 *Selbstverständnis, Ethik und Werte der Sozialen Arbeit*

Die Sozialarbeitenden der Klinik Zugersee sind dem ethischen Kodex des Berufsverbandes der Sozialen Arbeit verpflichtet (vgl. Avenir Social 2010). Die Vertraulichkeit wird zudem aufgrund des institutionellen Rahmens der Klinik Zugersee durch die ärztliche Schweigepflicht gewährleistet.

Das Leitbild, der Stellenbeschrieb sowie schriftlich vereinbarte Abläufe zur Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen, PsychologInnen und dem Pflegepersonal bilden eine wesentliche Grundlage für das Selbstverständnis der Sozialen Arbeit innerhalb der Klinik Zugersee. Gute Vernetzung und Zusammenarbeit aller beteiligten Professionen werden als essentiell angesehen und gefördert.

Auch stetige Weiterbildung ist Teil des professionellen Selbstverständnisses. Das Team der Suchtstation arbeitet u. a. mit SuchtspezialistInnen der Klinik salus in Brandenburg (D) zusammen, die das Behandlungsteam regelmässig in Theorie und Praxis in «motivierender Gesprächsführung» unterrichten.

Die PatientInnen werden in ihrem Willen und mit ihrer Wahlmöglichkeit respektiert. Sie sollen in ihrem Selbstverständnis und ihren Bedürfnissen des sozialen Wohlbefindens geachtet und gefördert werden. Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Patientinnen sollen, wenn immer möglich, gewährleistet und gefördert werden. Die Zielsetzungen werden mit den Betroffenen daher gemeinsam erarbeitet. Manchmal müssen sie neu verhandelt werden, da sie sich während der Behandlung als unrealistisch erweisen.

Damit ein gutes Zusammenarbeitsbündnis entsteht, müssen geplante Massnahmen inkl. deren Folgen mit den PatientInnen transparent und ehrlich besprochen werden (z. B. Wohnung mieten, Stelle kündigen). Im Rahmen der sozialen Beratung sollen die Resilienz (vgl. Wunsch 2013) und die Ressourcen der PatientInnen einbezogen und gefördert werden.

Bereits bestehende Bezugspersonen (Angehörige, Fachpersonen aus externen Fachstellen etc.) kennen die PatientInnen oft am besten. Sie stellen für diese meistens eine unentbehrliche Ressource dar und helfen, Krisen mitzutragen oder zu überwinden. Diese Bezugspersonen verdienen ebenso geachtet und mit Einverständnis der PatientInnen einbezogen zu werden. Angehörige brauchen möglicherweise auch Unterstützung. PatientInnen wie auch Angehörige benötigen Empathie und Verständnis für die schwierigen Lebenssituationen, die auf eine Suchterkrankung zurückzuführen sind oder der Sucht zu Grunde liegen.

3. Kurzassessment des Sozialdienstes und dessen Handlungsabläufe

Eine umfassende Exploration und die Wahrnehmung des sozialen Gefüges der PatientInnen sind essenziell. Die Analyse kann Rückschlüsse auf das Umfeld und die soziale Ausgangslage des/der PatientIn geben. Langfristiger Suchtmittelmissbrauch führt oft zu einer Zunahme der sozialen Problematik. Die aktuelle soziale Situation hat Auswirkungen auf den individuellen therapeutischen Kontext und die Behandlungsplanung.

Der Sozialdienst lädt während der ersten Woche ihres Aufenthalts möglichst alle PatientInnen zu einem Erstgespräch und einem Kurzassessment ein. Als Vorlage dient ein Formular, welches in Zusammenarbeit

mit der Fachhochschule Nordwestschweiz während eines Forschungsprojektes entwickelt wurde (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 305ff., 356). Die Themenschwerpunkte werden in diesem Kapitel weiter unten ausgeführt. Die für die einzelnen PatientInnen zuständigen SozialarbeiterInnen erstellen die soziale Indikation und planen die weitere sozialdienstliche Arbeit. In ihrer Verantwortung liegt auch die Organisation des weitergehenden Arbeitsbündnisses zur Bearbeitung der relevanten Themen.

Während des Erstgesprächs erhalten die Sozialarbeitenden Antworten zu folgenden Grundpfeilern des sozialen Lebens (vgl. ebd.: 305f.):

- Wohnen
- Tagesstruktur
- Arbeit
- familiäres Umfeld
- rechtliche Situation / Erwachsenenschutzmassnahmen
- Finanzen / Administration / Existenzsicherung
- allgemeine Fragen

Im Folgenden findet sich eine Aufzählung möglicher Interventionen in diesen Grundpfeilern.

3.1.1 Wohnen

Es ist abzuklären, ob die bisherige Wohnform nach wie vor adäquat ist oder ob ein geschütztes Wohnen in Betracht zu ziehen ist. Dabei muss auch die finanzielle Situation berücksichtigt werden. Eine zu teure Wohnung kann das finanzielle Gleichgewicht ins Wanken bringen. Auch stellt sich immer die Frage, ob eine gesundheitliche Gefährdung vorliegt, die ein geschütztes Wohnen unabdingbar macht. Dieses lässt sich während des Klinikaufenthaltes oft nicht abschliessend organisieren. Aus diesem Grunde ist es wichtig, mit externen Sozialberatungsstellen, Gemeindesozialdiensten, der KESB etc. eine nachfolgende Anbindung einzufädeln.

3.1.2 Tagesstruktur

Bei der prophylaktischen Behandlung zur Vermeidung einer Exazerbation (d. h. einer deutlichen Verschlechterung des Krankheitsbildes, vgl. Koch 2005: 38f.) von psychiatrischen Erkrankungen und Suchterkrankungen ist stets zu beachten, dass eine geregelte Tagesstruktur vorhanden ist. Sie

wirkt sich meistens positiv aus. Aus diesem Grunde wird bei der Exploration die Tagesstruktur vor dem Klinikeintritt erfragt. Daraus kann sich bereits ein Hinweis darauf ergeben, dass sich nach der Klinikentlassung eine veränderte Tagesstruktur günstig auf die Gesamtsituation auswirken kann. Schon während des Klinikaufenthalts können diesbezüglich mit den KlientInnen Veränderungen angestrebt werden, die sich vorteilhaft auf die Suchtbewältigung auswirken.

3.1.3 Arbeit

Ob eine Arbeitsstelle besteht oder nicht gibt bereits einen Hinweis auf die finanzielle Situation der KlientInnen.

Im Suchtbereich ist oft festzustellen, dass die Arbeitsstelle zwischenzeitlich durch den Arbeitgeber gekündigt wurde oder eine Kündigung droht. Dass daraus finanzielle Problemfelder entstehen, liegt auf der Hand. Natürlich gilt es vorerst sicherzustellen, ob die erfolgte Kündigung auch rechtlich korrekt ist. Bei einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit (Sperrfrist während Krankheit) kann die Kündigung z. B. auch rechtlich angefochten werden.

Eine wesentliche Aufgabe ist die Geltendmachung von Krankentaggeldversicherungsleistungen auf Grund der Arbeitsunfähigkeit. Die Krankentaggeldversicherung ist keine obligatorische Versicherung. Die meisten Arbeitgebenden haben mit Versicherungsgesellschaften jedoch einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen. Bei beendeten Arbeitsverhältnissen muss geprüft werden, ob weiterhin die Kollektivkrankentaggeldversicherungen zuständig sind bzw. ob eventuell eine Umwandlung in eine Einzelkrankentaggeldversicherung notwendig wird, um das Einkommen weiterhin zu gewährleisten.

Mit einem Arbeitsverhältnis hängen noch weitere Versicherungen zusammen, wie z. B. Unfallversicherung, Pensionskasse, Arbeitslosenversicherung etc. Bei Verlust des Arbeitsplatzes muss sichergestellt sein, dass die Unfallversicherung mit einer «Abredeversicherung» bei der Arbeitslosenkasse oder bei der Krankenkasse weiterläuft. Die monatlichen Pensionskassenzahlungen werden im Falle einer längerfristigen Erkrankung je nach Versicherung sistiert. Oft verlangen die Taggeldversicherungen auch, dass sich der Patient/die Patientin bei der IV anmeldet.

Für manche ausländische Staatsangehörige ist der Nachweis einer Arbeitsstelle relevant, damit der Aufenthaltsstatus nicht gefährdet ist.

3.1.4 Familiäres Umfeld

KlientInnen mit einer Suchtthematik empfehlen wir, dass sie ihre Angehörigen in den Prozess der Behandlung einbeziehen. Oftmals schämen sich SuchtpatientInnen gegenüber ihren Angehörigen. Sie haben Mühe, zu ihrer Sucht zu stehen und sich den Angehörigen gegenüber zu öffnen. Teilweise erlauben sie den BehandlerInnen nicht, die Angehörigen in die Behandlung einzubeziehen. Diese Situation erschwert die Ressourcenerschliessung. Diese Problematik mit den KlientInnen zu reflektieren kann aber dazu führen, dass sie – möglicherweise auch zu einem späteren Zeitpunkt – Angehörige in den Prozess miteinbeziehen möchten.

3.1.5 Rechtliche Situation / Erwachsenenschutzmassnahmen

Wie bereits bei der Wohnfrage erwähnt, besteht bei Suchterkrankten die Gefahr, dass diese sich nicht mehr adäquat am Leben beteiligen können und sie sich dadurch selber in verschiedenen Lebensbereichen in Gefahr bringen. In einer solchen Situation hat der Sozialdienst gemeinsam mit den Fallführenden zu prüfen, ob bei der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) eine Gefährdungsmeldung einzureichen ist. Die Behörde ihrerseits hat die Aufgabe zu prüfen, ob entsprechende Massnahmen eingeleitet werden müssen, um den betroffenen Menschen mit behördlich angeordneter FU (fürsorgerische Unterbringung) oder mit einer Beistandschaft soziale Sicherheit zu vermitteln.

Wird eine Gefährdungsmeldung bei der KESB eingereicht, hat der Sozialdienst zu berichten, in welchen sozialen Bereichen eine potentielle Gefährdung vorliegt. Zudem ist zu prüfen, ob die Sicherheit von Angehörigen (Kinder und/oder Haustiere, die alleine zu Hause sind) bedroht ist und Schritte zu deren Sicherheit eingeleitet werden müssen.

3.1.6 Finanzen / Administration

Im Kurzassessment ist die Frage nach den finanziellen Mitteln und der Erledigung der administrativen Arbeiten wichtig. Es zeigt sich oft, dass Betroffene mit einer Suchterkrankung einen eingeschränkten Zugang zu finanziellen Mitteln haben. Sie kennen das Sozialsystem oft zu wenig und

wissen nicht, wie sie rechtliche Ansprüche geltend machen können. Zum einen ist dies eine Auswirkung ihrer teilweise jahrelangen Suchterfahrung. Eine Berufsausbildung oder eine Weiterbildung ist unter diesen Umständen oft nicht realistisch. Erfahrungsgemäss ist aber die berufliche Bildung eine wesentliche Voraussetzung, um eine gute Arbeit zu erhalten. Je länger die Arbeitslosigkeit andauert, umso grösser ist die Gefahr, noch mehr finanzielle Einbussen ertragen zu müssen. Dadurch wird die finanzielle Situation immer prekärer, was wiederum Auswirkungen auf andere soziale Situationen hat. Bei einer finanziellen Knappheit sind meistens auch Angehörige mitbetroffen. Dies wiederum hat Auswirkungen auf das soziale Gefüge. Nicht selten brechen Beziehungssysteme aufgrund von finanziellen Engpässen auseinander.

Die Soziale Arbeit hilft Betroffenen, Grundlagen zu erarbeiten, damit die Stellenlosigkeit beendet werden kann. Sie vermittelt Betroffene an Fachstellen zur Arbeitsintegration, um ihre Bewerbungsunterlagen zu überarbeiten. Somit steigen ihre Chancen, erneut eine Anstellung zu finden.

4. Schlussfolgerungen

Die Balance zwischen den verschiedenen sozialen Ressourcengrundpfeilern ist für jeden Menschen essentiell. PatientInnen mit einer Suchterkrankung sind besonders gefährdet, sozial ausgegrenzt zu werden. Sie leiden oft unter einer Mehrfachbelastung und benötigen dadurch häufig eine sozialdienstliche Unterstützung. Die Soziale Arbeit ist in ihrem Grundverständnis darauf ausgerichtet, die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Lebensbereichen zu erkennen und daraus Schlüsse zu ziehen. Problemsituationen müssen erkannt und professionell bearbeitet werden. Es ist wesentlich, die soziale Komplexität zu analysieren und zu verstehen. Daraus können Ziele und entsprechende Massnahmen abgeleitet werden. Während des gesamten Beratungsprozesses können für und mit den betroffenen Menschen Ressourcen erschlossen werden, die sie in ihrer Lebensbetrachtung und Handlungsfähigkeit weiterbringen. Dies wirkt sich auch positiv auf die Gesundheitssituation aus (vgl. Staub-Bernasconi et al. 2012).

Es ist die Aufgabe des Sozialdienstes, in den Rapporten Aspekte der sozialen Lebenssituation der KlientInnen einzubringen und die TherapeuTInnen auf deren Ressourcen bzw. Problemfelder aufmerksam zu machen. Wie bereits erwähnt, wird die Soziale Arbeit sehr geschätzt, da sie dem Behandlungsteam wichtige Hinweise gibt, welche sozialen Rahmenbedingungen Einfluss auf das aktuelle Krankheitsbild haben. Es ist aber notwendig, dass diese Mitarbeit stärker als bisher strukturell verankert wird, durch einen systematischeren und umfassenderen Einbezug der Sozialen Arbeit. Dieser Einbezug bedeutet auch, dass die Soziale Arbeit in Zukunft stärker in die psychiatrische Behandlung einbezogen werden muss. Mit grösserer zeitlicher Präsenz würden mehr Möglichkeiten bestehen, die KlientInnen zu befähigen, Schwierigkeiten besser zu meistern. So könnte es eine zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit sein, PatientInnen zu befähigen, ihre neu erlernten sozialen Kompetenzen in ihr Leben integrieren zu können.

Damit dieser stärkere Einbezug der Sozialen Arbeit erreicht werden kann, ist es jedoch notwendig, dass die Leistungsträger sich finanziell an den Kosten der Dienstleistungen der Sozialen Arbeit beteiligen. Dadurch könnten Kliniken den KlientInnen die Dienstleistungen der Sozialen Arbeit in einem grösseren Umfang anbieten. Langfristig kann sich dies nur positiv für die PatientInnen auswirken.

In einigen Situationen reichen aber auch mehr Ressourcen des Sozialdienstes nicht aus, die sehr komplexe Lebenssituation eines betroffenen Menschen während der Klinikbehandlung zu regeln. Es können Notlagen bestehen wie z. B. unklare Gemeindezuständigkeit für wirtschaftliche Sozialhilfe, Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, kein oder ein zu geringes Einkommen, mangelnde soziale Kontakte, beeinträchtigter Allgemeinzustand usw. Die während des Klinikaufenthaltes ergriffenen Massnahmen genügen nicht, damit KlientInnen mit einer Suchtproblematik ihr Lebensskript in so kurzer Zeit umschreiben können und u. a. auch die Fähigkeit zur Ressourcenerschliessung zu erlangen. Aus diesem Grunde ist es notwendig, KlientInnen nach Therapieabschluss extern mit suchtspezifischen Hilfsangeboten zu vernetzen.

Literatur

- Avenir Social (2010): Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. www.tinyurl.com/sbz7hmf, Zugriff 23.12.2019.
- Bergner, J. (2017): Konzept zur Entzugsbehandlung von illegalen Substanzen. Internes Dokument der Klinik Zugersee.
- Goschke, T./Kuhl, J. (1993): The representation of intentions: Persisting activation in memory. *Journal of Experimental Psychology, Learning, Memory, and Cognition*, 19: 1211 - 1226
- Koch, Christof (2005): Bewusstsein - ein neurobiologisches Rätsel. Heidelberg: Spektrum.
- Staub-Bernasconi, S./Baumeler, M./Bornemann, C./Harder, U./Hierlemann, F./Mäder, E./Philipp P./Rüegger, C./Wegmann, M. (2012): Soziale Arbeit und Psychiatrie. Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich. www.tinyurl.com/slus2zn, Zugriff 23.12.2019.
- Sommerfeld, P./Dällenbach, R./Rüegger, C./Hollenstein, L. (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.
- Winkler, G. (2013): Konzept zur Behandlung von Patienten mit Alkoholabhängigkeit sowie Konzept zur Entzugsbehandlung von illegalen Substanzen. Internes Dokument der Klinik Zugersee.
- Wunsch, A. (2013): Mit mehr Selbst zum stabilen ICH! Resilienz als Basis der Persönlichkeitsbildung. Berlin: Springer Spektrum.
- Zuckermann, M. (1994): Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. New York: Cambridge University.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.