

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

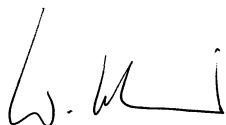
Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Sozialarbeit
Kurs TZ 2009-2014

Rüttimann Roland
Schiess Katrin
Ziegler-Meyer Gabriela

Doppeldiagnose –
Eine Herausforderung auch für die Soziale Arbeit?

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2014 in 4 Exemplaren eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Sozialarbeit.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2014

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Jede zweite Person erkrankt einmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung. Das Risiko, zusätzlich eine Substanzstörung zu entwickeln, ist hoch. Auch umgekehrt sind die Chancen gross, dass sich aus einer Substanzstörung eine psychische Störung entwickelt. Welche Mechanismen stecken dahinter? Wie beeinflussen sich die verschiedenen Störungen? Und was bedeutet das für die betroffenen Menschen? Die vorliegende Bachelorarbeit geht dem Phänomen der Doppeldiagnose nach.

Diese Literaturarbeit belegt, dass die Doppeldiagnose keine Randerscheinung ist, sondern es sich um eine weit verbreitete Diagnose handelt. Sozialarbeitende werden in allen Arbeitsfeldern mit Betroffenen konfrontiert. Menschen mit einer Doppeldiagnose haben hohe Ausstattungs- und Austauschdefizite sowie weniger Zugang zu individuellen Machtquellen. Sie haben umfangreichere und komplexere soziale Probleme, als Menschen mit nur einer oder keiner psychischen Störung. Durch die vielschichtigen psychosozialen Auswirkungen sind in der Regel viele unterstützende Fachpersonen aus den unterschiedlichsten Disziplinen in die Unterstützung involviert.

Die Soziale Arbeit ist prädestiniert und verfügt über geeignete Instrumente und Verfahren, einen Beitrag zu einem gelingenderen Leben von Menschen mit einer Doppeldiagnose zu leisten. Zum einen kann mit der Sozialen Diagnostik ein ganzheitlicher Überblick über die sozialen Mechanismen geschaffen und die komplexen Sachverhalte strukturiert werden. Mit diesem Fallverständnis können die Sozialarbeitenden professionell intervenieren. Zum anderen wird mit dem Case Management das Hilfesystem koordiniert und eine optimale Ressourcenerschliessung ermöglicht.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Differenzialdiagnose von Doppeldiagnose vs. Substanzintoxikation, Substanzenzug oder substanzinduzierte psychische Störung	7
Abbildung 2: Häufigste vorkommende psychische Störungen	8
Abbildung 3: Lebenszeitprävalenz psychische Störung und Substanzstörung	13
Abbildung 4: Strukturierungshilfe sozialarbeiterischer Beratung	16
Abbildung 5: Erklärungsmodelle für die Entstehung einer Doppeldiagnose	20
Abbildung 6: Komplexes Teufelskreismodell der Entstehung von Angst- und Substanzstörung	23
Abbildung 7: Erklärungsmodelle für die Entstehung einer Doppeldiagnose bei psychischen Störungen	24
Abbildung 8: Eigene Darstellung der fünf Säulen der Identität in Anlehnung an Petzold	26
Abbildung 9: Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik und Intervention	60
Abbildung 10: Eigene Darstellung der Verfahrensebenen in Anlehnung an Netzwerk Case Management Schweiz	63
Abbildung 11: Eigene Darstellung der Prozessschritte in Anlehnung an Netzwerk Case Management Schweiz	64

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Abbildungsverzeichnis	II
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Motivation und Relevanz für die Soziale Arbeit	1
1.3 Hypothesen und Fragestellungen	2
1.4 Zielsetzung.....	2
1.5 Aufbau der Arbeit.....	3
2 Grundlagen zur Doppeldiagnose	3
2.1 Definitionen und Begriffe	4
2.1.1 Psychische Störung.....	4
2.1.2 Substanzstörung.....	5
2.1.3 Doppeldiagnose.....	7
2.2 Situationseinschätzung.....	8
2.2.1 Zahlen und Fakten	9
2.2.2 Diagnose und Therapien	13
2.2.3 Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit	15
2.2.4 Bewertung der Situation	17
3 Erklärungsmodelle	18
3.1 Kein ätiologischer Zusammenhang	20
3.2 Modell der gemeinsamen Faktoren	20
3.3 Modelle der kausalen Beziehung	21
3.3.1 Bidirektionale Modelle	21
3.3.2 Unidirektionale Modelle.....	21
3.4 Zusammenfassung.....	24
4 Psychosoziale Folgen	25
4.1 Psychosoziale Folgen von psychischen Störungen.....	26
4.1.1 Angststörungen	27
4.1.2 Depression.....	29
4.1.3 Posttraumatische Belastungsstörung.....	32
4.1.4 Schizophrenie	33

4.1.5	Persönlichkeitsstörungen	34
4.1.6	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	36
4.2	Psychosoziale Folgen von Substanzstörungen	38
4.3	Psychosoziale Folgen von Doppeldiagnose	41
4.4	Zusammenfassung.....	46
5	Soziales Problem	46
5.1	Soziales Problem als Auftrag der Sozialen Arbeit.....	47
5.2	Soziales Problem von Menschen mit Doppeldiagnose	49
5.3	Konsequenzen für die Soziale Arbeit.....	52
6	Handlungsauftrag an die Soziale Arbeit.....	55
6.1	Soziale Diagnostik.....	57
6.1.1	Problem- und Ressourcenanalyse – Systemische Denkfigur	58
6.1.2	Psychosozialer Diagnoseprozess	59
6.1.3	Konzept Integration und Lebensführung	60
6.1.4	Soziale Diagnostik und Doppeldiagnose.....	61
6.2	Case Management.....	61
6.2.1	Was ist Case Management?	62
6.2.2	Soziale Arbeit und Case Management	65
6.2.3	Gefahren des Case Managements	66
6.2.4	Case Management und Doppeldiagnose	66
7	Schlussfolgerungen	67
7.1	Beantwortung der Fragestellungen.....	67
7.2	Berufsrelevante Schlussfolgerungen	70
7.3	Ausblick	71
7.4	Persönliche Stellungnahme der Autorenschaft	72
8	Literatur- und Quellenverzeichnis	73

1 Einleitung

In diesem Kapitel geht es um die Einführung in das Thema „Doppeldiagnose – Eine Herausforderung auch für die Soziale Arbeit?“. Zuerst wird die Ausgangslage dargelegt, danach die Motivation und Berufsrelevanz erläutert und anschliessend die Zielsetzung dieser Bachelorarbeit definiert. Zum Schluss werden die Fragestellungen vorgestellt und der Aufbau der Arbeit aufgezeigt.

1.1 Ausgangslage

Fast jede zweite Person erkrankt irgendeinmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung. Das gleichzeitige Auftreten von mehr als einer Erkrankung (Komorbidität) ist bei psychischen Störungen häufig. (Nicklas Baer, Daniela Schuler, Sylvie Füglistler-Dousse & Florence Moreau-Gruet, 2013) Auch das Phänomen „Doppeldiagnose“ ist aus klinischer Perspektive real und häufig (Franz Moggi, 2007a). Als Doppeldiagnose wird das gleichzeitige Auftreten einer psychischen Störung und einer Substanzstörung verstanden. Rund 30 % der Menschen mit einer Alkoholstörung und etwa die Hälfte der Menschen mit einer Drogenstörung leiden irgendwann in ihrem Leben auch an einer psychischen Störung (Moggi & Ruth Donati, 2004, S. 10). Umgekehrt ist gemäss der ECA-Studie von Darrel A. Regier et al. (1990) die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass ein Mensch mit einer psychischen Störung eine Substanzstörung ausbildet. So entwickeln zum Beispiel 47 % der Menschen mit einer schizophrenen Störung und 23,7 % der Menschen mit einer Angststörung eine Substanzstörung.

Das Thema Doppeldiagnose wird seit den 90er Jahren in der Literatur intensiv diskutiert. Die Lebenssituation und die entsprechenden psychosozialen Auswirkungen von Menschen mit einer Doppeldiagnose wurden aber wenig erforscht. Allgemein wird berichtet, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose einen generell schlechteren Krankheitsverlauf haben und ihre Behandlungsergebnisse deutlich schlechter sind. Sie brechen häufiger die Therapie ab und haben mehr Rückfälle, als Menschen ohne Doppeldiagnose. Die Lebenssituation von Menschen mit einer Doppeldiagnose sieht entsprechend prekär aus. Sie neigen zur Gewalttätigkeit, haben ein hohes Suizidrisiko und finanzielle, berufliche und familiäre Schwierigkeiten. Wird die Doppeldiagnose nicht erkannt und werden die Wechselwirkungen beider Störungen nicht adäquat behandelt, wird die Therapie abgebrochen und die Behandlung ist gescheitert. Die Patientengruppe mit einer Doppeldiagnose wächst. (Moggi & Donati, 2004, S. 3) Die Soziale Arbeit kommt in allen Berufsfeldern mit Menschen, die an einer Doppeldiagnose leiden, in Berührung. Aufgrund der hohen Zahlen der Erkrankungen ist davon auszugehen, dass die Arbeit mit Betroffenen von Doppeldiagnose zunehmen wird.

1.2 Motivation und Relevanz für die Soziale Arbeit

Die Autorenschaft wurde erstmals im Modul „Sucht und institutionelle Vernetzung“ an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit auf das Phänomen der Doppeldiagnose aufmerksam. Im Rahmen des Unterrichtes wurde erwähnt, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose weder in eine suchtspezifische noch in eine klassische psychiatrische Einrichtung passen und dadurch oft zwischen

Stuhl und Bank fallen. Dies motivierte die Autorinnen und den Autor, die Situation der von einer Doppeldiagnose Betroffenen genauer anzuschauen und zu analysieren. Die Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose wird in der Literatur zur Sozialen Arbeit meist in psychiatrischen Kliniken oder der Suchtberatung verortet. In der beruflichen Praxis zeigte sich jedoch, dass Klientinnen und Klienten mit Doppeldiagnosen auch in weiteren Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit oft anzutreffen sind.

1.3 Hypothesen und Fragestellungen

Aufgrund dieser Ausgangslage, der persönlichen Motivation und der beruflichen Relevanz für die Soziale Arbeit hat die Autorenschaft folgende Hypothesen formuliert.

- Das Leben mit Doppeldiagnose ist besonders herausfordernd.
- Doppeldiagnosen werden häufig nicht erkannt.
- Die Behandlung von Doppeldiagnose-Patientinnen und -Patienten ist oft nicht adäquat.
- Die Soziale Arbeit kann einen Beitrag zu einem gelingenderen Leben von Menschen mit Doppeldiagnose leisten.

Aufbauend auf diesen Hypothesen wurden folgende fünf Fragestellungen formuliert:

Fragestellungen

- Wie verbreitet ist die Doppeldiagnose?
- Wie erklärt sich der Zusammenhang zwischen einer psychischen Störung und einer Substanzstörung und umgekehrt?
- Was macht die Doppeldiagnose für die Betroffenen zu einer besonderen Herausforderung?
- Wie erklären sich die sozialen Probleme von Menschen mit einer Doppeldiagnose?
- Welche Handlungsansätze lassen sich für die Praxis der Sozialen Arbeit ableiten?

1.4 Zielsetzung

Die Autorinnen und der Autor wollen mit dieser Arbeit einen Beitrag zum besseren Verständnis des Phänomens Doppeldiagnose leisten. Sie möchten die Professionellen der verschiedenen Praxisfelder der Sozialen Arbeit dafür sensibilisieren, mit welchen Herausforderungen Menschen mit einer Doppeldiagnose zu kämpfen haben und welche Unterstützung sie benötigen. Sozialarbeitenden soll aufgezeigt werden, wie verbreitet die Doppeldiagnose ist, wie sie sich entwickeln kann, und wie sich die psychische Störung und Suchtstörung gegenseitig beeinflussen. Ein weiteres Ziel ist es, herauszufinden, welchen Belastungen im Alltag und im Leben Menschen mit einer Doppeldiagnose

ausgesetzt sind und welche psychosozialen Folgen daraus entstehen. Die Arbeit soll einen Diskussionsbeitrag dazu leisten, welchen Handlungsauftrag die Soziale Arbeit bei der Begleitung, Betreuung und Genesung von betroffenen Menschen mit einer Doppeldiagnose haben könnte und welche Instrumente und Techniken Professionelle der Sozialen Arbeit in der Praxis einsetzen könnten.

1.5 Aufbau der Arbeit

In Kapitel 2 werden die Grundlagen zur Doppeldiagnose aufgezeigt. Dazu werden die relevanten Begriffe definiert. Zahlen und Fakten sollen Aufschluss über die Relevanz der Doppeldiagnose geben. Beleuchtet werden anschliessend Diagnose und Therapie sowie die Arbeitsfelder, in denen die Soziale Arbeit mit Klientinnen und Klienten mit einer Doppeldiagnose in Berührung kommt.

In Kapitel 3 werden die Modelle vorgestellt, mit denen die Entstehung einer Doppeldiagnose und die gegenseitige Beeinflussung der psychischen Störungen und Suchtstörungen erklärt wird.

In Kapitel 4 wird aufgezeigt, mit welchen Herausforderungen es Doppeldiagnose-Klientinnen und -Klienten zu tun haben. Dazu werden die psychosozialen Folgen der häufigsten psychischen Störungen im Zusammenhang mit der Doppeldiagnose wie auch der Doppeldiagnose aufgezeigt.

In Kapitel 5 werden anhand der aufgezeigten psychosozialen Folgen die sozialen Probleme von Menschen mit einer Doppeldiagnose erarbeitet sowie erklärt und daraus die Konsequenzen für die Soziale Arbeit abgeleitet.

In Kapitel 6 werden mit der Sozialen Diagnostik und dem Case Management zwei Methoden aufgezeigt, die nach Ansicht der Autorenschaft zu einer besseren Beratung und Betreuung von Klientinnen und Klienten mit einer Doppeldiagnose beitragen.

In Kapitel 7 werden die eingangs erhobenen Fragestellungen beantwortet und daraus generelle Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit gezogen.

Die vorliegende Literaturarbeit wurde nach den „Richtlinien für schriftliche wissenschaftliche Arbeiten an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit“ verfasst. In dieser Bachelorarbeit wird vorwiegend der Begriff Soziale Arbeit verwendet. Dieser umfasst die drei Praxisfelder Sozialarbeit, Soziokulturelle Animation und Sozialpädagogik.

2 Grundlagen zur Doppeldiagnose

In diesem Kapitel wird eine Einführung in die Thematik der Doppeldiagnose vorgenommen. Den Ausgang dazu bilden Definitionen und Begriffe. Darauf wird anhand von verschiedenen Studien die Relevanz und Häufigkeit der Doppeldiagnose aufgezeigt. Anschliessend wird in einer Übersicht aufgezeigt, in welchen Arbeitsfeldern die Soziale Arbeit mit Klientinnen und Klienten mit einer

Doppeldiagnose konfrontiert wird. Den Abschluss dieses Kapitel bildet die Bewertung der aufgezeigten Fakten.

2.1 Definitionen und Begriffe

Nachfolgend werden die Begriffe psychische Störung, Substanzstörung und Doppeldiagnose erläutert. Diese sind für die vorliegende Bachelorarbeit zentral und werden in der ganzen Arbeit verwendet. Weitere wichtige Begriffe werden innerhalb der einzelnen Kapitel erörtert.

2.1.1 Psychische Störung

Die Begriffe psychische Störung, psychische Krankheit und psychische Beeinträchtigung sowie psychische Behinderung werden in dieser Arbeit synonym verwendet. Aufgrund der Verbreitung des Begriffs psychische Störung in der Literatur, wird dieser auch von der Autorenschaft oft herbeigezogen. Obwohl die Bedeutung von psychischen Störungen in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen ist und im Alltag oft davon die Rede ist, lässt sich keine einheitliche Definition des Begriffs finden. Gemäss Moggi und Donati (2004) ist eine psychische Störung kein einheitlicher Begriff, sondern wird mehrdimensional definiert. Psychische Störung ist ein analoger Begriff, der eine grosse Bandbreite von Symptomen und Syndromen beinhaltet. (S. 4)

Für die Begriffsdefinition von psychischen Störungen ziehen die Verfasserinnen und der Verfasser das Schweizerische Gesundheitsobservatorium bei, da das Obsan die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz analysiert und den Bund, die Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen in ihrem Handeln, bei der Planung und der Entscheidungsfindung unterstützt. Im aktuellsten Monitoring zur psychischen Gesundheit in der Schweiz definieren die Autorinnen Daniela Schuler und Laila Burla (2012) den Begriff psychische Störung wie folgt: Es sind Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens, die psychische Störungen bemerkbar machen. Die Einschränkungen können sich in emotionalen, kognitiven, interpersonalen oder körperlichen Behinderungen äussern. Die Beeinträchtigungen hängen mit unmittelbarem Leiden oder mit einem deutlich erhöhten Risiko zusammen, Schmerz oder Verlust an Freiheit oder Lebensqualität zu erleiden. (S. 7) Hans Ulrich Wittchen (2011) teilt die psychischen Störungen in vier Schlüsselbereiche von menschlichen Aktivitäten und Verhalten auf: Emotion, Kognition, Verhalten und die körperlichen und biopsychologischen Phänomene. Er definiert psychische Störungen als psychisches Syndrom, Muster oder klinisch bedeutsames Verhalten, welches mit aktuellem Leiden oder einer Einschränkung oder einem erhöhten Risiko zu sterben, zusammenspielt. (S. 30)

Das Gegenteil einer psychischen Krankheit ist die psychische Gesundheit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1946) definiert in ihrer Verfassung gesund sein wie folgt: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“. The World Health Report (2001) definiert psychische Gesundheit nicht als Zustand, der sich aus persönlicher Disposition und eigenem individuellen Verhalten ergibt, sondern als mehrschichtigen, dynamischen Prozess, welcher neben individuellen Perspektiven zusätzlich auch von äusseren Faktoren beeinflusst wird (zit. in Baer et al., 2013, S. 7).

Es gibt zwei Klassifikationssysteme für psychische Störungen. Die American Psychiatric Association (APA) ist die Herausgeberin des DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Das DSM ist ein nationales Klassifikationssystem der Vereinigten Staaten von Amerika und muss nicht, wie der ICD, zahlreiche Kompromisse der verschiedensten Nationen berücksichtigen. Das DSM bezieht sich nur auf psychische Störungen und bezieht im Gegensatz zum zweiten Klassifikationssystem für psychische Krankheiten, den ICD Kapitel V, auch geschlechtsspezifische Unterschiede und die soziale Dimension explizit mit ein. (Peter Pantucek, 2012, S. 282) Wie in Henning Sass, Wittchen, Michael Zaudig und Isabel Houben (2003) nachzulesen, erschien das DSM-IV im Jahr 1996 in der deutschen Version, zwei Jahre nach der Publikation des amerikanischen Originals (S. 9). Im Mai 2013 ist das DSM-V erschienen. Erfahrungsgemäss wird es einige Zeit dauern, bis die deutsche Version erscheint und so haben sich die Autorinnen und der Autor entschieden, für die vorliegende Arbeit das DSM-IV heranzuziehen.

Die WHO ist die Herausgeberin des Klassifikationssystems ICD – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (auf Deutsch „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“). Der ICD liegt in der zehnten Version als ICD-10 vor. Das Klassifikationssystem umfasst 21 Kapitel. Die psychischen Störungen im Kapitel V sind dabei nur ein Teil des gesamten Klassifikationssystems. Seit dem 1. Januar 2013 ist der ICD-10-GM (German Modification) 2012 für alle Spitäler und Kliniken, einschliesslich Psychiatrie-, Rehabilitations- und Spezialkliniken, obligatorisch. Das heisst, eine psychische Erkrankung muss in der Schweiz anhand des ICD-10-GM 2012 klassifiziert werden und somit ist der ICD-10 in der Schweiz das relevante Klassifikationssystem. (Bundesamt für Statistik, 2014)

2.1.2 Substanzstörung

Nachdem die beiden zentralen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV bereits im vorangehenden Unterkapitel erläutert wurden, werden nachfolgend die grössten Unterschiede in der Klassifikation von Substanzstörungen erörtert. Diese gelten gemäss Definition auch als psychische Störungen und sind dementsprechend auch im entsprechenden Klassifikationssystem bezeichnet.

Mit psychotropen oder psychoaktiven Substanzen sind in dieser Arbeit Stoffe gemeint, durch deren Einnahme psychische Vorgänge, Prozesse und Abläufe verändert werden. Das DSM-IV definiert dabei die Substanzklassen Alkohol, Amphetamine, Cannabis, Halluzinogene, Inhalantien, Koffein, Kokain, Nikotin, Opiate, Phencyclidine, Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika (Sass et al., 2003).

Bei der Klassifikation von Substanzstörungen wurde laut Eva Kleinemeier (2004) durch eine engere Zusammenarbeit der WHO, die den ICD herausgibt, und der American Psychiatric Association (APA), die sich für den DSM verantwortlich zeichnet, eine weitgehende Kongruenz erzielt (S. 14). So unterscheiden etwa beide Systeme zwischen Substanzmissbrauch respektive schädlichem Gebrauch und Substanzabhängigkeit.

Während das Konzept des Substanzmissbrauchs im DSM-IV noch zentral ist, wurde es im ICD-10 aufgegeben zugunsten des Begriffs des schädlichen Gebrauchs. Dieser Begriff wird von der WHO als

neutraler angesehen und soll dazu führen, den konkreten Schaden spezifischer zu benennen. Dies gemäss Kleinemeier (2004) vor allem im Hinblick auf die gesundheitlichen und weniger die sozialen Folgen. Denn durch den Ausschluss sozialer Auffälligkeiten im ICD-10 wird die Breite des problematischen Konsums eingeschränkt, auf die sich allfällige Frühinterventionen konzentrieren könnten. (S. 15)

Beide Klassifikationssysteme listen eine Reihe von Kriterien auf, von denen eine bestimmte Anzahl erfüllt sein muss, um die erwähnte Diagnose zu bestätigen. Für die Diagnose „Schädlicher Gebrauch“ muss gemäss ICD-10 etwa ein deutlicher Nachweis vorliegen, dass die Verwendung der Substanz schädliche Auswirkungen auf Körper und/oder die Psyche hat oder der Gebrauch negativen Einfluss hat auf zwischenmenschliche Beziehungen. Diese Schädigung muss genau definiert werden. Daneben wird der Gebrauch der Substanz seit mindestens einem Monat oder mehrmals im vergangenen Jahr vorausgesetzt. Und schlussendlich soll die Störung nicht durch eine psychische oder eine Verhaltensstörung ausgelöst sein. (Horst Dilling, 2009)

Das DSM-IV definiert „Substanzmissbrauch“ als einen übermässigen Gebrauch einer Substanz, der innerhalb eines Jahres zu körperlichen Schäden oder Schwierigkeiten im Alltag führt. Dabei muss mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt sein: Versagen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause durch die Verwendung der Substanz; eine körperliche Gefährdung durch den Gebrauch der Substanz; wiederholte Probleme mit dem Gesetz in diesem Zusammenhang; Fortführung des Substanzkonsums trotz negativer Auswirkungen auf soziale oder zwischenmenschliche Situationen, die durch den Konsum beeinflusst werden. Der Missbrauch ist noch keine Abhängigkeit. (Sass et al., 2003)

Weniger elementar sind die Unterschiede zwischen ICD-10 und DSM-IV im Hinblick auf das Abhängigkeitskonzept. Während sich das ICD-10 auf sechs Kriterien stützt, sind es im DSM-IV deren sieben. Für beide Systeme gilt, dass die psychische Abhängigkeit über das typische Beschaffungs- bzw. Einnahmeverhalten definiert wird. Die körperliche Abhängigkeit hingegen wird über das Entzugssyndrom charakterisiert (Kleinemeier, 2004).

Die Kriterien für das „Abhängigkeitssyndrom“ gemäss ICD-10 sind: Starkes Verlangen oder Zwang zum Konsum einer psychotropen Substanz, verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums, körperliche Entzugerscheinungen, Toleranzentwicklung, Vernachlässigung anderer Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums, Fortführung des Konsums trotz nachweislicher, schädlicher Folgen. (Dilling, 2009)

Das DSM-IV benennt die Kriterien für „Substanzabhängigkeit“ folgendermassen: Häufiger oder länger als beabsichtigter Konsum der Substanz, der Wunsch oder misslungene Versuche, damit aufzuhören, Entzugssymptome, häufigerer oder Konsum grösserer Mengen als geplant, Entwicklung einer Toleranz, viel Zeit für Beschaffung, Konsum oder Erholung davon, Aufgabe oder Einschränkung wichtiger sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten, Fortsetzung des Gebrauchs der Substanz, trotz körperlicher oder psychischer Probleme dadurch oder Kenntnis davon. (Sass et al., 2003)

In dieser Arbeit werden die Begriffe Substanzstörung, Suchtmittelstörung, Suchtstörung und Abhängigkeitsstörung als Synonyme verwendet.

2.1.3 Doppeldiagnose

Im Allgemeinen wird unter der Doppeldiagnose ein Spezialfall von Komorbidität verstanden. Manchmal werden auch die Synonyme Dualdiagnose oder Dualstörung verwendet. Die Doppeldiagnose bezeichnet das gemeinsame Auftreten mindestens einer psychischen Störung und einer Substanzstörung bei derselben Person in einem bestimmten Zeitraum. (Moggi & Donati, 2004, S. 3) Es wird zwischen einer substanzunabhängigen psychischen Störung und einer substanzinduzierten psychischen Störung unterschieden. Von einer Doppeldiagnose wird nur bei mindestens einer substanzunabhängigen Störung gesprochen. Die substanzinduzierte psychische Störung klingt unter mehrwöchiger Abstinenz wieder ab. (Moggi & Donati, 2004) Dies wird in nachfolgender Abbildung illustriert.

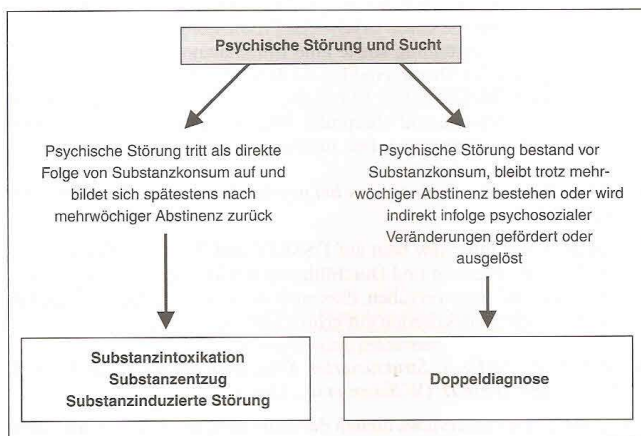


Abbildung 1: Differenzialdiagnose von Doppeldiagnose vs. Substanzintoxikation, Substanzentzug oder substanzinduzierter psychischer Störung (Moggi & Donati, 2004, S. 17)

In den Manualen ICD-10 und DSM-IV gilt Doppeldiagnose nicht als Krankheitsbegriff und wird darin nicht verwendet. Die deskriptiven Klassifikationssysteme ermöglichen es aber, mehr als eine psychische Störung zu diagnostizieren. Dadurch werden die diagnostischen Möglichkeiten erweitert. So kann das Krankheitsbild durch mehrere Diagnosen besser beschrieben werden (Dilling, 2009).

In der neuesten Literatur scheint sich der Begriff Doppeldiagnose nicht durchgesetzt zu haben. Es wird eher von der Komorbidität einer psychischen Störung und einer Substanzstörung gesprochen. Komorbidität bezeichnet das Auftreten von mehr als einer diagnostizierbaren Störung bei einer Person. Im Unterschied zur Doppeldiagnose müssen sich die zwei Störungen nicht auf eine psychische und eine Suchterkrankung beziehen (Wittchen, 1996). Die Weltgesundheitsorganisation (1994) verwendet die Begriffe Dualdiagnose und Komorbidität als Synonym.

Die Verwendung des Begriffes Doppeldiagnose kann aus ätiologischer Sicht dann problematisch sein, wenn keine Komorbidität zweier Störungen sondern eine einzige Störung vorliegt. Dies meint auch Michael Krausz (1994) wenn er den Doppeldiagnose-Begriff hinterfragt. Für ihn ist dieser Begriff aber

nur zu kritisieren, wenn er als geschlossenes Krankheitsbild gesehen wird. Denn trotz einem Begriff handelt es sich bei der Dualdiagnose um mindestens zwei Syndrome, die einander beeinflussen. (S. 219ff)

Der Begriff Doppeldiagnose sagt nichts über den Schweregrad einer Störung aus. Eine integrierte, gut verdienende Person mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung und einer Kokainabhängigkeit gilt ebenso als Doppeldiagnosepatientin, als Doppeldiagnosepatient wie eine schwer heroinabhängige Person mit einer Schizophrenie.

Die Autorenschaft verwendet im weiteren Verlauf der Arbeit den Begriff Doppel- oder Dualdiagnose und meint damit das gleichzeitige Auftreten mindestens einer psychischen Störung und einer Substanzstörung. Bei der Verwendung des Begriffes Komorbidität werden die psychische Störung und Suchtstörung spezifiziert.

2.2 Situationseinschätzung

Fast jede zweite Person erkrankt irgendeinmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung (Wittchen & Frank Jacobi (2005) zit. in Tanja Fasel, Baer & Ulrich Frick, 2010). Die aktuellste Arbeit von Wittchen (2011) zeigt, dass pro Jahr 38,3 % der erweiterten EU-Bevölkerung an einer psychischen Störung erkranken. Dies sind etwa 165 Millionen Menschen. Wittchen bezieht in seinem Bericht Studien aus allen EU-27-Staaten sowie aus der Schweiz, Island und Norwegen ein. Die am häufigsten vorkommenden Störungen sind Angststörungen (14 %), affektive Störungen – hauptsächlich Depressionen – (7,8 %), somatoforme Störungen (4,9 %) und Störungen durch Alkohol (3,4 %). In diesem Kapitel wird darauf eingegangen, welches Risiko diese erkrankten Menschen haben, zusätzlich zur psychischen Störung noch an einer Substanzstörung zu erkranken und umgekehrt.

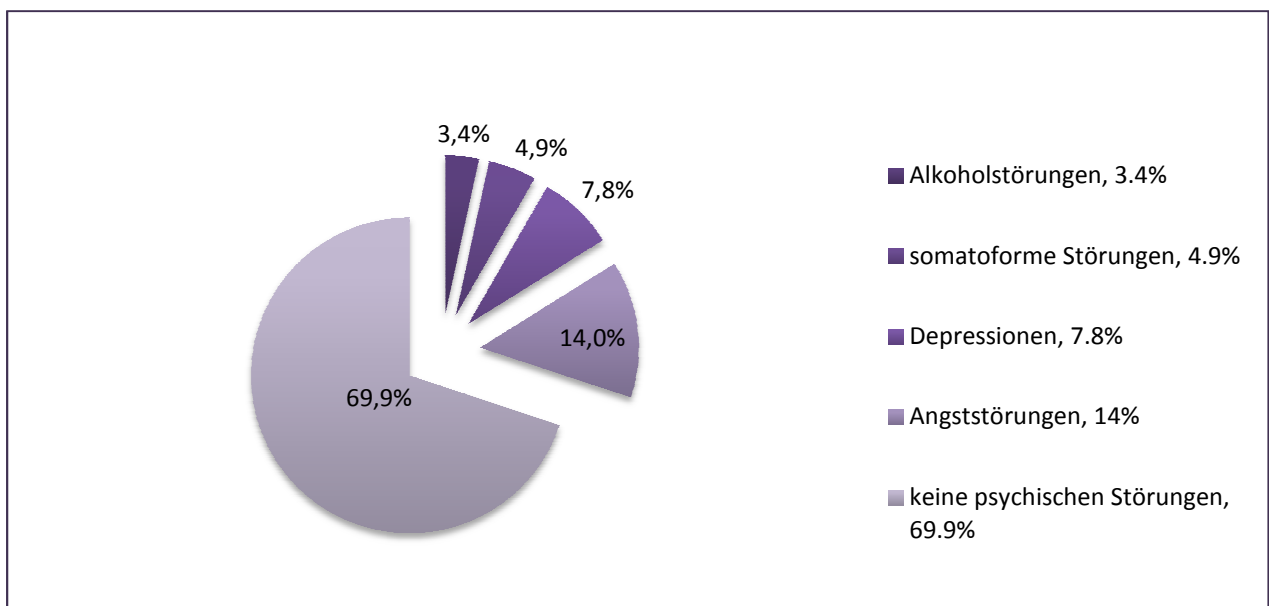


Abbildung 2: Häufigste vorkommende psychische Störungen (eigene Darstellung)

2.2.1 Zahlen und Fakten

Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung sind in hohem Masse gefährdet, neben der psychischen Störung auch eine Substanzstörung zu entwickeln und umgekehrt. In verschiedenen repräsentativen Studien konnte ein erhöhtes relatives Risiko gefunden werden, dass Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung zusätzlich an einer Substanzstörung oder umgekehrt erkranken. Rund 51 % der Menschen mit einer psychischen Störung entwickeln in ihrem Leben auch eine Substanzstörung, das heisst, sie haben das 2 ½-fach erhöhte relative Risiko, eine psychische Störung und eine Substanzstörung zu entwickeln (Moggi, 2007a, S. 16). 33 % der Menschen mit Substanzstörungen weisen auch eine psychische Störung auf, in klinischen Stichproben sind es sogar 50 % (Moggi & Donati, 2004, S. 10).

Die Forschungsergebnisse der auch im Folgenden zitierten verschiedenen Studien sind sehr unterschiedlich und werden durch verschiedene Faktoren stark beeinflusst. Es besteht kein umfassendes theoretisches Modell, das für die Zusammenführung der vielen und abweichenden Forschungsergebnisse herangezogen werden könnte. Moggi (2007a) nennt fünf Gründe, die für die auseinander strebenden Forschungsergebnisse bei der Doppeldiagnose verantwortlich sein könnten. Die Untersuchungseinheiten sind nicht einheitlich. Oft stützen sich die Ergebnisse auf Symptome oder Syndrome, nicht auf die Diagnostiksysteme ICD-10 oder DSM-IV. Es werden verschiedene Messinstrumente zur Erfassung von Störungen verwendet (von klinischer Beurteilung, Selbstbeurteilungsfragebogen bis zu standardisierten klinischen Interviews). Die gewählten Zeitfenster reichen von zwei Wochen zu 12 Monaten bis zu Lebenszeit. Bei der Selektion der Versuchspersonen werden entweder repräsentative Bevölkerungstichproben gemacht oder klinische Kollektive angeschaut. Als fünften Grund führt Moggi aus, dass erst ab Mitte der 1990er Jahre Studien mit Kontrollgruppen, mit einem anspruchsvollem Design und differenzierten Methoden durchgeführt wurden. (S. 20ff)

Darum müssen die Studienergebnisse jeweils kritisch betrachtet werden. Die verschiedenen Studien können nicht direkt miteinander verglichen werden. In dieser Arbeit werden verschiedene Studien zitiert. Viele Prävalenzzahlen stammen aus der grössten epidemiologischen Studie des amerikanischen National Institute of Mental Health (ECA) aus dem Jahre 1990 (Regier et al., 1990) sowie der Nachfolgestudie dem US-National Comorbidity Survey (NCS) aus dem Jahre 1994 (Ronald C. Kessler et al., 1994). Diese Studien wurden in den 80er Jahren mit einer Stichprobe von über 20'000 Personen durchgeführt und haben heute immer noch grosse Relevanz.

Die Krankheitshäufigkeit wird jeweils als Prävalenz bezeichnet. Die Prävalenzrate zeigt die Häufigkeit auf, mit der eine bestimmte Gruppe an einer bestimmten Krankheit erkrankt. Wenn von einer bestimmten Zeitperiode im Leben einer Person gesprochen wird, wird dies Periodenprävalenz genannt. Wenn die gesamte Lebensspanne einer Person betrachtet wird, bezeichnet man dies als Lebenszeitprävalenz. Die Punktprävalenz meint die Erfassung zu einem genau bestimmten Zeitpunkt. (Roselind Lieb & Barbara Isensee, 2007, S. 27)

Nachfolgend werden die in der Literatur am häufigsten genannten psychischen Störungen von Patientinnen und Patienten aufgeführt, denen eine Doppeldiagnose attestiert wird. Gleichzeitig werden die Prävalenzzahlen für eine zweite psychische Störung, die Substanzstörung, genannt. Am Schluss dieses Kapitels werden in Abbildung 3 die Prävalenzzahlen zusammengefasst und grafisch dargestellt.

Angst- und Substanzstörung

Es besteht ein erhöhter Zusammenhang zwischen einer Angststörung und einer Suchterkrankung. Verschiedene epidemiologische Studien mit repräsentativen Bevölkerungsstichproben zeigen, dass das Lebenszeitrisiko für Personen mit Angststörungen 1,7-fach erhöht ist, zusätzlich an einer Substanzstörung zu erkranken. Die Lebenszeitprävalenzrate von Personen mit einer Angststörung und einer Substanzstörung liegt bei 23,7 %. (Moggi, 2007a, S. 17)

Lebenszeitprävalenz Angst- und Substanzstörung: 23,7 %

32 % der Personen mit einer Alkoholabhängigkeit und 45 % der Personen, die illegale Drogen konsumieren, berichten von irgendeiner Angststörung (Lieb & Isensee, 2007, S. 33ff).

Lebenszeitprävalenz Substanz- und Angststörung: 32 % / 45 %

Depression und Substanzstörung

Studienübergreifend wurde belegt, dass alkoholbedingte Störungen überdurchschnittlich häufig mit depressiven Störungen auftreten. Gemäss der ECA-Studie ergab die Lebenszeitprävalenz für eine Depression und eine Suchtstörung 27 % (Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, 2007, S. 3).

Lebenszeitprävalenz Depression und Substanzstörung: 27 %

Rund 40 % der Männer und 50 % der Frauen mit einer Alkoholstörung berichten von einem zeitlich früheren Auftreten einer Depression. Bei Missbrauch und Abhängigkeit illegaler Drogen liegt die Rate bei 35 %. (Moggi, 2007b, S. 99)

Lebenszeitprävalenz Substanzstörung und Depression: 35 % - 50 %

Posttraumatische Belastungs- und Substanzstörung

Menschen, die unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden, weisen im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit für Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit auf. So verortet Leslie K. Jacobsen (2001) die Lebenszeitprävalenz für Menschen mit PTBS zwischen 22 und 43 % (zit. in Johanna Grundmann & Ingo Schäfer, 2014, S. 106).

Lebenszeitprävalenz PTBS und Substanzstörung: 22 % - 43 %

Zu ähnlichen Ergebnissen bezüglich der Häufigkeit kamen Untersuchungen, die das Vorliegen von PTBS bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen untersuchten. Schäfer und Lisa M. Najavits (2007) zeigten bei Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund einer Substanzstörung in Behand-

lung befanden, eine Punktprävalenz von 15 % - 41 % und eine Lebenszeitprävalenz von 26 % - 52 % auf (zit. in Grundmann & Schäfer, 2014, S. 106).

Lebenszeitprävalenz Substanzstörung und PTBS: 26 % - 52 %

Schizophrenie und Substanzstörung

Aus der ECA-Studie von Regier et al. (1990) ergab sich eine Lebenszeitprävalenz von 47 % für Missbrauch unter schizophrenen Personen, darunter 33,7 % für Alkoholmissbrauch und 27,5 % für Missbrauch von einer anderen Substanz. Die Komorbiditätsraten sind bei Menschen mit einer Schizophrenie deutlich höher als bei anderen psychischen Störungen.

Lebenszeitprävalenz Schizophrenie und Substanzstörung: 47 %

Umgekehrt ist auch die Lebenszeitprävalenz für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung für eine Schizophrenie deutlich höher als im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Gouzoulis-Mayfrank (2007) interpretiert die ECA-Studie so, dass bei Personen mit einer Alkoholabhängigkeit die Lebenszeitprävalenz bei 3,8 % liegt und bei Personen mit einer Abhängigkeit von einer anderen Substanz bei 6,8 % (S. 3). Moggi (2014) zitiert die ECA-Studie so, dass die Prävalenz bei einer Suchtmittelabhängigkeit an einer Schizophrenie zu erkranken bei 4,6 % liegt (S. 14).

Lebenszeitprävalenz Substanzstörung und Schizophrenie: 3,8 % / 4,6 %

Persönlichkeits- und Substanzstörung

Wie hoch die Lebenszeitprävalenz von Personen mit irgendeiner der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen ist, auch an einer Suchtstörung zu erkranken, ist in der Literatur nicht beschrieben. Allerdings ist gemäss Timothy J. Trull et al. (2000) das Risiko bei einer bestehenden Persönlichkeitsstörung für alkoholbezogene Störungen um den Faktor fünf, für drogenbezogene Störungen um den Faktor 12 erhöht (zit. in Marc Walter, 2014, S. 136). Roel Verheul et al. (1998) beziffern die Prävalenzraten von Persönlichkeitsstörungen bei Personen mit einer Substanzstörung um mindestens dreimal höher als bei der Allgemeinbevölkerung (zit. in Verheul, 2007, S. 143). Gemäss Moggi (2014) sind zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und dissozialen Persönlichkeitsstörung entsprechende Studien zur Prävalenz vorhanden. Die Prävalenzrate der Borderline-Persönlichkeitsstörung und Suchtstörung ist deutlich höher gegenüber anderen Persönlichkeitsstörungen und Suchtstörungen. 49 % ergab in klinischen Studien die Prävalenzrate zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und Alkoholstörungen, bei Drogenabhängigkeit 38 %. Die dissoziale Persönlichkeitsstörung und Suchtstörung hat im Vergleich zu anderen Komorbiditäten von Persönlichkeitsstörungen und Suchtstörungen die höchste Prävalenz. Die dissoziale oder antisoziale Persönlichkeitsstörung ist die psychische Störung mit der höchsten Prävalenzrate für eine zusätzliche Suchtstörung. (S. 21) Gemäss Gouzoulis-Mayfrank (2007) beträgt die Lebenszeitprävalenz für Menschen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung 83,6 %. Von rund 84 % Lebenszeitprävalenz von Menschen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung und einer Suchtstörung geht auch Moggi (2007a) aus (S. 17).

Lebenszeitprävalenz Persönlichkeitsstörung und Substanzstörung: keine Angaben

Lebenszeitprävalenz Borderline-Persönlichkeitsstörung und Substanzstörung: 38 %

Lebenszeitprävalenz dissoziale Persönlichkeitsstörung und Substanzstörung: 83,6 %

Eine Prävalenzrate von 34 % - 73 % ergab gemäss Verheul (2001) eine Übersichtsarbeit zur Komorbidität bei Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankungen (zit. in Gouzoulis-Mayfrank, 2007, S. 136). Mittlerweile kann man davon ausgehen, dass je nach untersuchter Stichprobe und der zugrunde liegenden Suchtstörung rund jeder zweite Patientin oder Patient neben dieser Suchterkrankung auch eine Persönlichkeitsstörung hat.

Gemäss Lieb und Isensee (2007) ergibt sich bei Personen mit einer Suchtabhängigkeit und Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Prävalenzrate von 14,3 %. Bei einer Alkoholstörung und dissozialen Persönlichkeitsstörung liegt sie bei 21,3 % und bei einer Suchtabhängigkeit bei 30,3 % (zit. in Moggi, 2014, S. 21).

Lebenszeitprävalenz Substanzstörung und Persönlichkeitsstörung: 34 % - 73 %

Lebenszeitprävalenz Substanzstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung: 14,3 %

Lebenszeitprävalenz Substanzstörung und dissoziale Persönlichkeitsstörung: 30,3 %

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom und Substanzstörung

Das Auftreten des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) im Erwachsenenalter gemeinsam mit einer Substanzstörung ist ein junges Gebiet bei den Doppeldiagnosen. Das kommt daher, dass ADHS bei Erwachsenen eine relativ neue diagnostische Kategorie ist. Dominique Eich-Höchli und Caroline Buri (2007) gehen davon aus, dass bis zu 50 % der Erwachsenen mit einem unbehandelten ADHS eine Substanzmittelabhängigkeit entwickeln. Eine medikamentöse Therapie verringert das Risiko der Entwicklung einer Substanzstörung nachweislich. (S. 69) Kinder mit einem ADHS weisen im Durchschnitt ein 1,5-fach höheres Risiko für die Entwicklung einer Substanzstörung auf (Christina Stadler, Maria Hofecker Fallahpour & Rolf-Dieter Stieglitz, 2014, S. 120). Gemäss Joseph Biedermann (1995) ist das Risiko, eine Suchtmittelstörung zu entwickeln, bei Patientinnen und Patienten mit ADHS um das drei- bis vierfache höher als in der Normalbevölkerung. Bei nicht medikamentös behandelten Patientinnen und Patienten ist das Risiko sogar noch höher (zit. in Meline Stoy, Jana Wrase, Andreas Heinz & Andreas Ströhle, 2006). Gemäss der Untersuchung von Biedermann besteht ein erheblich erhöhtes Risiko für Erwachsene mit einem ADHS, eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln, zirka 15 % (zit. in Marc-Andreas Edel & Wolfgnag Vollmoeller, 2006, S. 107). Nach Andreas Kordon und Kai G. Kahl (2004) weisen 40 – 50 % der Patientinnen und Patienten mit einem ADHS eine zusätzliche Abhängigkeit auf (zit. in Stieglitz & Volz, 2007, S. 160).

Lebenszeitprävalenz ADHS und Substanzstörung: 15 % / 40 - 50 %

Horward Schubiner et al. (2000) diagnostizierten in ihrer Untersuchung von Patientinnen und Patienten mit einer Suchtmittelabhängigkeit 24 % mit einem ADHS. Auch Timothy E. Wilens (2004) interpretiert verschiedene Studien und kommt zur Einschätzung, dass 15 - 20 % der Patientinnen und

Patienten, die eine Substanzstörung aufweisen, auch unter einem ADHS leiden. (zit. in Stieglitz & Volz, 2007, S. 160)

Lebenszeitprävalenz Substanzstörung und ADHS: 15 - 20 % / 24 %

Nachfolgend werden die Prävalenzzahlen in einem Diagramm zusammengefasst. Bei den Angaben, die mit „von bis“ gemacht wurden, wurden jeweils die höchsten Zahlen verwendet. Das heisst, auch diese Darstellung muss mit Vorsicht gelesen werden. Es geht der Autorenschaft darum, die vielen Zahlen in eine Grafik einzubinden, um eine grobe Übersicht der Prävalenzzahlen zu schaffen.

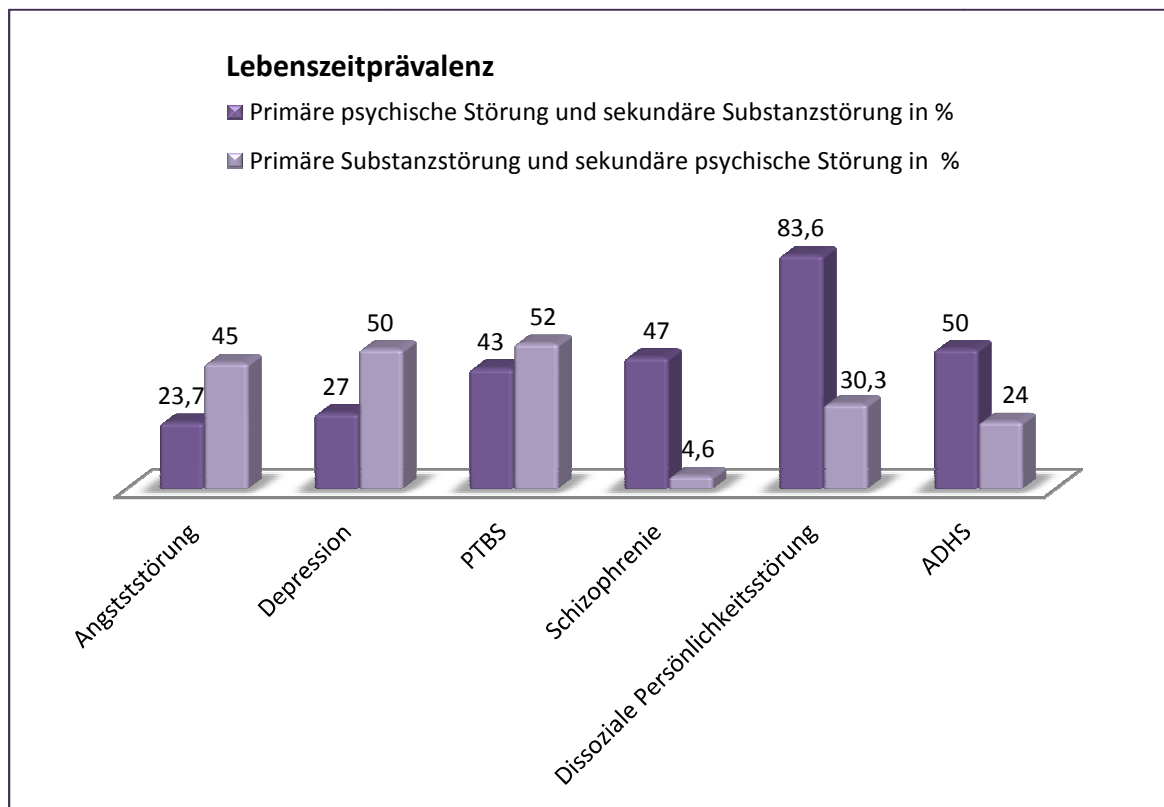


Abbildung 3: Lebenszeitprävalenz psychische Störung und Substanzstörung (eigene Darstellung)

2.2.2 Diagnose und Therapien

Nachfolgend wird eine Übersicht geboten über Diagnoseinstrumente und die empfohlenen Therapien, die im Zusammenhang mit der Doppeldiagnose in der Psychiatrie zum Einsatz kommen.

Diagnose

Für eine sinnvolle Therapieplanung ist eine sorgfältig erstellte psychiatrische Diagnose erforderlich. Diese stellt in der Regel eine Psychiaterin oder ein Psychiater aufgrund klinischer Erfahrung und der psychiatrischen Klassifikation. In der Schweiz wird aktuell der ICD-10 als Klassifikationssystem verwendet.

Jeannette Brodbeck (2007) unterscheidet in der Erfassung von Doppeldiagnosen drei Stufen. Mit Hilfe von Screenings werden Patientinnen und Patienten erfasst, die zusätzlich zur psychischen

Störung eine Substanzstörung haben. Genauere Informationen zum Substanzgebrauch und zum Zusammenhang der beiden Störungen erhält man in der Phase der Diagnostik. In der dritten Phase erfolgt die Behandlungsplanung und die Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. (S. 174)

In der Psychiatrie werden verschiedenste Diagnoseinstrumente verwendet. Kleinemeier (2004) benennt die folgenden Instrumente für die Suchtdiagnostik: Screeningverfahren, Checklisten, strukturierte Interviews und standardisierte Interviews (S. 17). Bei den Screeningverfahren unterscheidet man Verfahren, bei denen die Patientinnen und Patienten mit Hilfe eines Fragebogens meist eine Selbstbeurteilung vornehmen und biochemischen Verfahren. Bei den letztgenannten werden psychotrope Substanzen anhand von Blut-, Urin- oder Haarproben nachgewiesen. Zu erwähnen ist, dass Screeningtests dem diagnostischen Prozess vorangehen und noch keine eigentliche Diagnose erlauben (Brodbeck, 2007, S. 167). Checklisten dienen lediglich einer vorläufigen diagnostischen Klassifikation nach ICD-10 oder DSM-IV. Bei strukturierten Interviews sind Fragen, Ablauf und Auswertung vorgegeben. Die erhobenen Informationen müssen aber aufgrund klinischer Entscheidungen bewertet werden. Im Gegensatz dazu ist beim standardisierten Interview der gesamte Diagnoseprozess festgelegt, bis hin zur Codierung der Antworten und der Diagnose. (Kleinemeier, 2004, S. 18ff)

In psychiatrischen Institutionen werden Substanzstörungen gemäss Jambur Ananth et al. (1989) und Andrew Shaner et al. (1993) häufig übersehen und unterdiagnostiziert. Dies trotz der hohen Prävalenz von psychischen Störungen und Substanzmissbrauch (zit. in Brodbeck, 2007, S. 161). Gemäss Brodbeck (2007) hat dies diverse Gründe. So erwähnt sie, dass der Substanzkonsum integriert ist in das abweichende Verhalten der Patientinnen und Patienten, das durch die psychische Störung bedingt ist. Damit fällt er nicht so stark auf, wie es bei Menschen ohne Störungen der Fall wäre. Verschiedene Auswirkungen des Konsums wie zum Beispiel Depression, Angst oder Halluzinationen werden oft auf die psychische Störung zurückgeführt. Bemängelt wird auch der Mangel an Instrumenten, um Substanzstörungen bei Menschen mit schweren psychischen Störungen nachzuweisen. (Brodbeck, 2007) Dies wäre umso wichtiger, da Menschen mit schweren psychischen Störungen einerseits stärker auf psychoaktive Substanzen reagieren und deren Gebrauch, auch in kleinen Mengen, grosse Auswirkungen auf den Verlauf der Therapie haben kann (Robert E. Drake & Kim T. Mueser, 2007).

Therapie

Wie im Kapitel 2.2.1 aufgezeigt wurde, existiert unter der Definition der Doppeldiagnose eine grosse Menge an möglichen Kombinationen von psychischen Störungen und Substanzstörungen. Diese Heterogenität im Hinblick auf Symptome und Ursachen verunmöglicht es laut Moggi und Donati (2004), erfolgversprechende Standardtherapien anzubieten. Deshalb benötigen Patientinnen und Patienten laut Mueser und David J. Kavnagh (2001) für sie individuell zugeschnittene integrative Beratungs-, Therapie- und Rehabilitationsangebote, die wirksame Interventionen für psychische Störungen und Substanzstörungen kombinieren, modifizieren und integrieren (zit. in Moggi & Donati, 2004, S. 52).

Auf eine detaillierte Beschreibung der verschiedenen Aspekte der integrativen Therapie wird an dieser Stelle verzichtet, da dies Auftrag der Psychiatrie ist. Hingegen sollen nachfolgend die Stolpersteine aufgezeigt werden, die bisher den Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose erschwert haben.

Der wichtigste Aspekt ist die traditionelle Trennung zwischen den Behandlungssystemen für psychische Störungen und Substanzstörungen. Laut Moggi und Donati (2004) wurden dabei über Jahrzehnte eigene Standards für die jeweiligen Störungen entwickelt, was eine integrative Betrachtungsweise der Doppeldiagnose verunmöglichte. Problematisch dabei ist und war, dass sich die jeweiligen therapeutischen Handlungsanleitungen für psychische Störungen und für Substanzstörungen oft widersprechen. Dadurch sind Therapeutinnen und Therapeuten und Einrichtungen, die sich auf die Behandlung von Substanzstörungen spezialisiert haben, auch heute noch gezwungen, Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung abzuweisen. Umgekehrt wird von Psychotherapeuten und Einrichtungen für die Behandlung von psychischen Störungen, oft der Versuch unternommen, Patientinnen und Patienten mit einer Suchtproblematik abzuweisen. (S. 34ff) Die Folge davon ist, dass Doppeldiagnose-Patientinnen und -Patienten oft zwischen den Angeboten hin- und hergeschoben werden.

Mit Hilfe der Suchthilfe-Datenbank von infodrog zeigt Susanne Schaaf (2009) auf, dass Doppeldiagnose-Patientinnen und -Patienten einen festen Bestandteil im Alltag stationärer Einrichtungen darstellen. Von den 86 eingetragenen stationären Suchthilfeinstitutionen erwähnen 40 % diese Klientel als Zielgruppe und bieten entsprechend eine integrative Behandlung an. Die restlichen 60 % benennen komorbide Klientinnen und Klienten nicht explizit. (S. 3)

2.2.3 Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit

In der vorhandenen Literatur wird die Doppeldiagnose im Zusammenhang mit der Sozialen Arbeit vor allem im Bereich der psychiatrischen Kliniken oder Suchtberatung näher betrachtet. Über das Vorkommen in der ambulanten Beratung wird wenig berichtet. Doch auf Klientinnen und Klienten mit einer Doppeldiagnose treffen nicht nur die klinische Sozialarbeit, sondern alle Bereiche der Sozialen Arbeit. Die vier Arbeitsfelder der Beratung umfassen die Funktionen Veränderung/Entwicklung, Stabilisierung/Betreuung/Begleitung, Schutz/Kontrolle/Fürsorge und Information/Service. Sie ist zwischen den Polen Freiwilligkeit und Gesetzliche Massnahmen sowie zwischen den Polen psychosoziale Probleme und materielle Probleme zu verorten (siehe Abbildung 4). Je nach Arbeitsfeld und Thematik sind die Übergänge in der Praxis fließend und überlappend zwischen diesen Beratungsfunktionen. (Esther Weber, 2012)



Abbildung 4: Strukturierungshilfe sozialarbeiterischer Beratung (Weber, 2012, S. 12)

Arbeitsfeld Information/Service

Im Bereich der Freiwilligkeit befindet sich das Beratungsfeld Information/Service, hier geht es um Auskünfte und Sachinformationen, die für eine Problemlösung relevant sind. Klientinnen und Klienten benötigen zum Beispiel Informationen in Bezug auf ihre finanzielle Situation, Ansprüche auf Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld. Generell geht es hier um die Erschliessung externer Ressourcen. Bei den Beratungsstellen handelt es sich zum Beispiel um polyvalente Sozialdienste, eine Schulden- oder Suchtberatungsstelle, eine Anlaufstelle für psychisch erkrankte Menschen wie etwa Pro Mente Sana oder Pro Infirmis. Diese Stellen liefern Informationen über Ansprüche gegenüber Sozialversicherungen und unterstützen bei der Geltendmachung derselben. In der Praxis spricht man in diesem Arbeitsfeld auch von Sachhilfe.

Arbeitsfeld Veränderung/Entwicklung

Im zweiten Feld der Freiwilligkeit geht es um die sozialarbeiterischen Themen Veränderung/Entwicklung. Das Klientel wendet sich, noch immer freiwillig, an eine entsprechende Beratungsstelle, es handelt sich nicht mehr primär um materielle Anliegen, sondern die Personen wünschen Unterstützung und Beratung im Bereich psychosoziale Entwicklung. Sie sind sich ihrer sozialen Probleme, oder einem Teil davon, bewusst und wünschen eine Veränderung. Im Gegensatz zum Bereich Information/Service geht es hier um die Erschliessung von internen Ressourcen. Die Sozialarbeitenden fördern ihre Klientinnen und Klienten in der Entwicklung und Veränderung, verhelfen ihnen im besten Fall zu neuen Möglichkeiten im Denken und Handeln und zu adäquaten Lösungen.

Arbeitsfeld Schutz/Kontrolle/„Fürsorge“

Im Beratungsfeld Schutz/Kontrolle/„Fürsorge“ handelt es sich meistens nicht mehr um ein freiwilliges Angebot, sondern um einen Pflichtkontext. Die Soziale Arbeit hat hier den Auftrag, das Klientel zum eigenen Schutz zu kontrollieren, fördern und fordern. Die Basis dafür bilden gesetzliche Massnahmen und Vorgaben. Neben der gesetzlichen Vorgabe „Fördern“ hat die Soziale Arbeit oft auch eine Kontrollfunktion, das „Fordern“. Dabei geht es im Allgemeinen um die Überprüfung von Auflagen und Massnahmen, die Klientinnen und Klienten zu erfüllen haben. In diesem Zusammenhang spricht man auch von einem Doppelmandat. Denn gleichzeitig mit der Kontrollfunktion ist es der Auftrag der

Sozialarbeitenden, dem Klientel Sinn und Zweck dieser Vorgaben transparent zu machen und es auch über seine Rechte und Pflichten aufzuklären. Im Idealfall kann dadurch eine Kooperation erreicht werden.

Arbeitsfeld Stabilisierung/Betreuung/Begleitung

Im gesetzlichen Kontext geht es nicht nur um die materielle Sicherheit, sondern auch um den Bereich Stabilisierung/Betreuung/Begleitung. Es geht um die Arbeit mit Menschen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind. Sie sind etwa darauf angewiesen, dass sie unterstützt werden in der Suche und/oder Beschaffung von geeigneten Therapie-, Beschäftigungs- oder Wohnplätzen. Die Betroffenen können zum Teil ihre Situation nicht mehr überschauen und müssen, meist im Rahmen einer gesetzlichen Massnahme, vertreten oder unterstützt werden. Dies zum Beispiel auch in einem Gefängnis oder in einer Klinik. Es geht dabei nicht darum, das Klientel zu entmündigen, sondern, wo nötig, adäquat zu begleiten. Die Aufgabe der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ist es, die Interessen der ihnen Anvertrauten wahrzunehmen, was diese durch psychische, körperliche, geistige oder soziale Einschränkungen nicht mehr selber schaffen.

Klientinnen und Klienten mit einer Doppeldiagnose, erkannt oder nicht erkannt, begegnet die sozialarbeiterische Beratung in allen vier Teilbereichen, im Pflichtkontext, zum Beispiel in der wirtschaftlichen Sozialhilfe oder im Zusammenhang mit einer Massnahme der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, genauso wie im freiwilligen Bereich, auf einem polyvalenten Sozialdienst oder einer Suchtberatungsstelle. Dualdiagnose-Klientinnen und -Klienten beanspruchen materielle Unterstützung und benötigen auf der anderen Seite oft auch psychosoziale Hilfe.

2.2.4 Bewertung der Situation

In diesem Kapitel wurde beschrieben, was mit dem Begriff Doppeldiagnose gemeint ist und wie häufig diese Diagnose zum Tragen kommt. Ausgehend von der Definition der Begriffe psychische Störung, Substanzstörung und Doppeldiagnose wurde aufgezeigt, dass fast jede zweite Person einmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung erkrankt. Die betroffenen Menschen sind dabei hochgradig gefährdet, zusätzlich eine Substanzstörung zu entwickeln. Laut den zitierten Studien sind das, je nach Art der psychischen Störung, zwischen 24 % bis 84 %. Damit kann nicht von einer Randerscheinung oder Ausnahme ausgegangen werden. Es ist eher so, dass die Doppeldiagnose die Regel ist. Dies wird auch durch die hohen Prävalenzraten untermauert, wie sie im Kapitel 2.2.1 aufgezeigt werden. Zu berücksichtigen gilt auch, dass eine Doppeldiagnose auch umgekehrt entstehen kann. So entwickeln Menschen mit einer Substanzstörung häufig eine psychische Störung.

Hinzu kommt, dass die Diagnose generell ihre Tücken hat. Oft wird nur eine Störung erkannt, weil das entsprechende Störungsbild die zweite Störung überlagert, zum Beispiel weil sie ähnliche Symptome hervorruft. Deshalb wird unter Umständen nur diejenige Störung behandelt, die sich stärker ausgeprägt hat. Die andere bleibt oft unerkannt oder zeigt sich erst im Verlauf der Behandlung. Damit fallen die Doppeldiagnose-Patientinnen und -Patienten zwischen Stuhl und Bank, da sie nicht die adäquaten Behandlungen erhalten, die ihr Leiden mildern oder beenden würde. Dabei scheint sich die Fachwelt einig zu sein, dass eine Doppeldiagnose eine integrative Behandlung erfordert, die

beide Störungen und auch das Wechselspiel zwischen den beiden Störungen berücksichtigen. Hinzu kommen strukturelle Probleme. Gemäss den Recherchen der Autorenschaft bieten erst rund 40 Prozent der psychiatrischen Einrichtungen eine integrative Behandlung an. Die anderen 60 Prozent konzentrieren sich in ihrer Arbeit immer noch auf entweder psychische Störungen oder Substanzstörungen. Ein Patientin oder ein Patient mit einer Doppeldiagnose wird so etwa angehalten, zuerst die Substanzstörung in den Griff zu bekommen, sprich einen Entzug zu machen, bevor die psychische Störung behandelt werden kann. Dadurch wird der möglichen, weit verbreiteten Wechselwirkung zwischen den beiden Störungen, keine Rechnung getragen.

Im klinischen Alltag ist die Soziale Arbeit als Profession bereits weitgehend etabliert. Das zeigt die breite Palette an Fachliteratur, die sich mit Themen der klinischen Sozialarbeit befasst. Bereits sehr viel schwieriger wird die Suche nach entsprechender Literatur für andere Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit. Meist finden sich Werke, die sich zum Beispiel mit Sozialer Arbeit mit psychisch Erkrankten oder Menschen mit Substanzstörung beschäftigen. Die Klientinnen und Klienten mit Doppeldiagnosen scheinen bei den Professionellen der Sozialen Arbeit noch nicht „angekommen“ zu sein. Dabei wäre es nach Auffassung der Autorinnen und des Autors Zeit, dass sich die Soziale Arbeit mit dieser Problematik auseinandersetzt und die Professionellen auch für dieses Thema sensibilisiert werden. Denn aufgrund der aufgezeigten Prävalenzzahlen ist davon auszugehen, dass die Soziale Arbeit in den meisten Arbeitsfeldern mit Klientinnen und Klienten mit Doppeldiagnosen in Berührung kommt. Dadurch, dass die Soziale Arbeit eine Profession ist, die sehr nahe bei und mit Klientinnen und Klienten tätig ist, um Unterstützung im Alltag zu bieten, wäre sie prädestiniert, hier aktiv zu werden. Und dies nicht nur als Auftragsempfängerinnen und Auftragsempfänger zum Beispiel der Kliniken und Therapiestellen, sondern im Gegenteil, als fester Bestandteil des entsprechenden Prozesses. Dadurch, dass die Soziale Arbeit ihrem Klientel so nahe ist, muss sich die Profession nach Meinung der Autorenschaft auch viel stärker einmischen, nachfragen und informieren, damit Patientinnen und Patienten mit unerkannten Doppeldiagnosen auch die adäquate Behandlung zukommt, die zu einem erfolgreichen Abschluss führt. Damit dies möglich wird, müssen die Professionellen der Sozialen Arbeit viel stärker auf das Thema Doppeldiagnose sensibilisiert werden. Ebenso sind die Professionellen der Sozialen Arbeit dafür qualifiziert, ja ist es ihre Aufgabe, bei der Früherkennung der Doppeldiagnose und der Erfassung der sozialen Probleme der Betroffenen und der Erschliessung der nötigen Ressourcen eine tragende Rolle zu spielen.

Im nachfolgenden Kapitel soll aufgezeigt werden, wie sich die Fachleute die Entstehung von Doppeldiagnosen erklären.

3 Erklärungsmodelle

In der Literatur werden verschiedene Erklärungsmodelle diskutiert, um die Komorbidität einer psychischen Erkrankung und einer Suchtstörung zu erklären. Keines der Modelle ist ausreichend wissenschaftlich fundiert und kann als allgemeingültig betrachtet werden. Trotz langjähriger Forschung gibt es noch wenige empirisch bestätigte Erklärungsmodelle. Moggi (2007a) bezeichnet

die verschiedenen Ätiologiemodelle zu Doppeldiagnosen als Konzepte, die erklären, wie die psychische Störung und die Suchtstörung zusammenhängen und ob sie überhaupt zusammenhängen (S. 13).

Gemäss Moggi (2014) gibt es folgende drei Erklärungsvarianten für die Doppeldiagnose (S. 14):

- Kein ätiologischer Zusammenhang zwischen den beiden Störungen
- Modell der gemeinsamen Faktoren
- Modell der kausalen Beziehung (uni- oder bidirektional) zwischen den beiden Störungen, oftmals ist auch die Rede von primärer und sekundärer Störung

Weiter hält Moggi fest, dass grundsätzlich keine eindeutigen Interpretationen betreffend der Komorbidität von Substanzstörungen und psychischen Störungen möglich sind. Es muss davon ausgegangen werden, dass zur Erklärung der Dualdiagnose von ziemlich komplexen multifaktoriellen Modellen ausgegangen werden muss. (S. 53)

Gouzoulis-Mayfrank (2007) bezieht sich auf die Modelle der sekundären Suchtentwicklung, das Modell der Psychoseinduktion, primäre Suchtstörung, und das Modell der gemeinsamen ätiologischen Faktoren. Das Modell der sekundären Suchtentwicklung und der Psychoseinduktion gehört zu den Modellen der kausalen Beziehung. (S. 7)

Krausz (1994) beschreibt die Erklärungsmodelle der primären psychischen Erkrankung und der primären Abhängigkeitserkrankung. Beide gehören zu den Modellen der kausalen Beziehung. Zusätzlich beschreibt er das Modell der möglichen gemeinsamen Ätiologie und erwähnt auch die Möglichkeit, dass keine kausale Beziehung besteht. Weiter behauptet Krausz, die bekannteste Hypothese zur Erklärung der Doppeldiagnose sei die Selbstmedikationshypothese (zit. in Christian Haasen & Krausz, 2004, S. 105). Unter den unidirektionalen Modellen der kausalen Beziehung werden die primären und sekundären Suchtstörungen erklärt, die Selbstmedikationshypothese gehört zur primären Suchtmittelstörung.

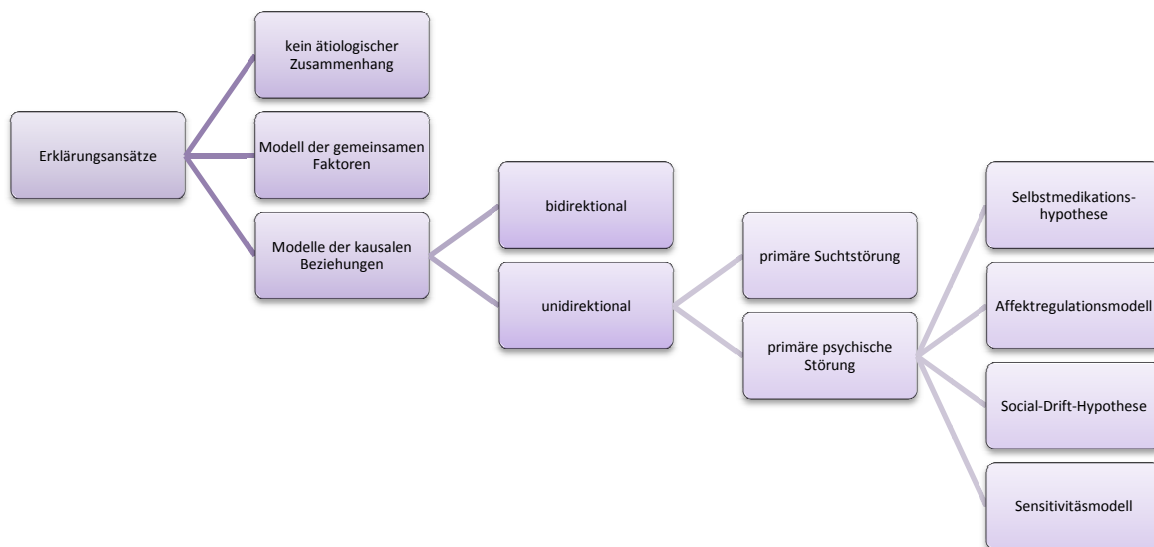


Abbildung 5: Erklärungsmodelle für die Entstehung einer Doppeldiagnose (eigene Darstellung)

Im Weiteren werden die verschiedenen Modelle näher erläutert und erklärt.

3.1 Kein ätiologischer Zusammenhang

Bei diesem Modell wird davon ausgegangen, dass beide Störungen zufällig gemeinsam bei der gleichen Person auftreten. Raphaela Basdekis-Jozsa (2004) nennt dieses Modell das Modell der Parallelität. Die Hypothese ist, dass es sich um zwei voneinander völlig unabhängige Störungen handeln könnte. (S. 105) Gemäss Moggi (2007b) basiert dieses Modell auf der Annahme, dass der beobachtete Zusammenhang der beiden Störungen rein zufällig besteht. Das oft gemeinsame Auftreten einer Sucht- und einer psychischen Störung, wäre dadurch erklärbar, dass die Symptombilder der beiden Störungen teilweise überlappen. Dies würde zu einer künstlichen Komorbidität führen. Dieses Modell scheint unter Berücksichtigung der verschiedenen epidemiologischen Studien und den extrem hohen Prävalenzzahlen eher unwahrscheinlich, respektive dient nur für wenige Dualdiagnoseklientinnen und -klienten als geeignetes Erklärungsmodell.

3.2 Modell der gemeinsamen Faktoren

Die Entwicklung beider Störungen kann auf einen oder mehrere gemeinsame Vulnerabilitätsfaktoren zurückgeführt werden. Ob das gemeinsame Auftreten der beiden Störungen auf gemeinsame genetische Faktoren zurückgeführt werden kann, ist ein Diskussionspunkt. (Moggi, 2007b) Gemäss Moggi (2014) gibt es noch keine eindeutigen Beweise hinsichtlich gemeinsamer genetischer Faktoren für die Komorbiditätsmuster, die hohen Komorbiditätsraten sind eher das Resultat von Risikofaktoren, die von Suchtmittelstörung und der psychischen Störung geteilt werden.

Frank Lehmann (1989) formuliert in der Hypothese der möglichen gemeinsamen Ätiologie, dass eine Person aufgrund gemeinsamer Faktoren die Prädisposition für die Entwicklung sowohl einer Abhängigkeitsstörung wie auch einer psychischer Störung mit sich bringen kann (zit. in Krausz, 1994, S. 206). Dafür gibt es gemäss Gouzoulis-Mayfrank (2007) drei Möglichkeiten:

- Einen gemeinsamen genetischen Faktor, wie er zum Beispiel für den Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und affektiven Störungen diskutiert wird.
- Ein gemeinsamer Defekt dopaminerger Funktionen könnte bei gemeinsamer biologischer Ätiologie zum Beispiel eine Anfälligkeit sowohl für Dopaminagonisten wie auch Amphetaminen und Schizophrenie bedingen.
- Gemeinsame bestehende psychosoziale Faktoren können für psychische Störungen und Suchtmittelabhängigkeit verantwortlich sein. So stellt zum Beispiel Armut einen Risikofaktor für Depression und Sucht dar. (S. 16ff)

3.3 Modelle der kausalen Beziehung

Unter den Modellen der kausalen Beziehung, versteht Moggi Modelle, die beschreiben, wie eine Störung A mit einer zweiten Störung B in einer direkten kausalen Beziehung steht. Die kausale Beziehung wird unterschieden in unidirektionale und bidirektionale Kausalbeziehung. Bei den unidirektionalen Kausalbeziehungen wird meistens von primärer und sekundärer Störung gesprochen. (Moggi, 2014) Es wird davon ausgegangen, dass eine primär bestehende Störung zur Entwicklung einer zweiten Störung beiträgt oder sie sogar induziert. (Lieb & Isensee, 2007, S. 52)

3.3.1 Bidirektionale Modelle

Zu den bidirektionalen Modellen bestehen wenige empirische Befunde. Die Hypothese der bidirektionalen Modelle beinhaltet, dass beide Störungen die Vulnerabilität für die jeweils andere Störung erhöhen können. Es wird vermutet, dass Interaktionsprozesse zwischen den beiden Störungen vorhanden sind. So könnte zum Beispiel der Substanzkonsum einerseits die psychische Störung durch das Vorhandensein einer Vulnerabilität auslösen und diese Störung andererseits im weiteren Verlauf den Konsum aufrechterhalten. (Gouzoulis-Mayfrank, 2007)

3.3.2 Unidirektionale Modelle

Die unidirektionalen Modelle werden auch in Modelle der primären und sekundären Störung unterteilt. Das Modell der sekundären Suchtmittelstörung geht davon aus, dass die psychische Störung die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine zweite Störung, die Suchtmittelabhängigkeit, zu entwickeln. Modelle der sekundären psychischen Erkrankungen beschreiben das Gegenteil. (Moggi & Donati, 2004)

Primäre Suchtmittelstörung / Sekundäre psychische Störung

Es wird davon ausgegangen, dass eine Suchtmittelstörung eine psychische Störung verursacht. Es wird zum Beispiel diskutiert, wie eine primäre Substanzstörung zu einer sekundär entwickelten Angst- oder affektiven Störung führt. Ein Beispiel dafür wäre etwa, wenn das Auslösen von Panik-

attacken durch die Einnahme psychotroper Substanzen verursacht wurde oder wenn die Entwicklung einer sekundären Depression durch die Alkoholabhängigkeit ausgelöst wurde. Dann spricht man von einer primären Suchtmittelstörung oder einer sekundären psychischen Störung. (Moggi & Donati, 2004)

Modell der Psychoseinduktion: Bei diesem Modell werden die Wirkungen von Halluzinogenen und Stimulanzien, wie zum Beispiel Cannabis, ins Zentrum gestellt. Gemäss Malcolm J. Moore et al. (2007) haben sich in prospektivepidemiologischen Studien Hinweise ergeben, dass insbesondere der Cannabiskonsum bei der Ätiologie der Schizophrenie eine Rolle spielt (zit. in Moggi, 2014, S. 15). Gemäss Gouzoulis-Mayfrank (2010) spielt nicht nur die Dosis, sondern auch das Alter eine Rolle. So bricht zum Beispiel eine Schizophrenie bei Personen mit Cannabiskonsum früher aus, als bei Personen ohne Cannabiskonsum (zit. in Moggi, 2014, S. 15).

Primäre psychische Störung / Sekundäre Suchtmittelstörung

Von einer primären psychischen Störung oder einer sekundären Suchtmittelstörung wird gesprochen, wenn davon ausgegangen wird, dass eine psychische Störung eine Suchtmittelstörung verursacht. Zum Beispiel können primäre Angst- oder affektive Störungen zur Entwicklung von sekundären Suchtmittelstörungen führen, wenn zum Beispiel psychotrope, angstlösende Substanzen im Sinne einer Selbstmedikation zur Bewältigung von psychischen Problemen eingesetzt werden.

Selbstmedikationshypothese: Die Selbstmedikationshypothese war gemäss Edward Khantzian (1997) lange das meistverbreitete Ätiologiemodell der sekundären Suchtmittelstörung (zit. in Moggi, 2014, S. 15). Bei diesem Modell wird angenommen, dass der Suchtmittelkonsum eine Reaktion respektive einen ungünstigen Copingversuch auf Symptome oder Auswirkungen der psychischen Störung darstellt. Bestimmte Substanzen mit einer bestimmten Wirkung werden konsumiert, um Beschwerden respektive Krankheitssymptome zu lindern. Zusätzlich beeinflusst die psychische Störung den Verlauf und die Prognose der Suchterkrankung. (Gouzoulis-Mayfrank, 2007, S. 7) Das Modell der Selbstmedikationshypothese wurde vor allem im Zusammenhang mit der Komorbidität von Psychose und Suchterkrankung untersucht. Gemäss Gouzoulis-Mayfrank (2007) wurde davon ausgegangen, dass bestimmte Substanzen mit einem speziellen psychotropen Profil gegen oder bei bestimmten Krankheitssymptomen, Beschwerden oder gegen Nebenwirkungen von Medikamenten konsumiert wurden. So konnte man davon ausgehen, dass Klientinnen und Klienten, die unruhig sind, unter Schlafstörungen leiden, angespannt sind oder unter Ängsten leiden, eher beruhigende, dämpfende und entspannende Substanzen konsumieren, wie zum Beispiel Cannabis, Alkohol oder Benzodiazepine. Auf der anderen Seite würde das bedeuten, dass Patientinnen und Patienten mit Langeweile und Kontaktproblemen eher stimulierende, antriebssteigernde Substanzen konsumieren. Dies konnte allerdings trotz diversen Untersuchungen nicht bestätigt werden. (S. 8) Gemäss Mueser et al. (1999) konnte vereinzelt ein Zusammenhang der Präferenz psychotischer Patientinnen und Patienten für Substanzen mit Psychose nachahmenden Eigenschaften und ein Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und depressiven Symptomen festgestellt werden. Allerdings hängen die Konsummuster überwiegend mit der Verfügbarkeit der Substanzen zusammen. (zit. in Gouzoulis-Mayfrank, 2007, S. 8) Dies kann als Argument gegen die Gültigkeit der Selbstmedikationshypothese

gesehen werden. Zusätzlich wurde bei schizophrenen Patientinnen und Patienten ein Zusammenhang zwischen bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen wie zum Beispiel hoher Impulsivität und globalem Ausmass des Substanzmissbrauchs festgestellt. Der gleiche Zusammenhang ist in der Durchschnittsbevölkerung schon lange bekannt. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass Personen mit einer Schizophrenieerkrankung aus den gleichen Gründen wie andere Personen Suchtmittel konsumieren und keine Selbstbehandlung ihrer psychotischen Symptome durch das Suchtmittel betreiben.

Komplexes Teufelskreismodell: Das Teufelskreismodell wird für die Erklärung einer Angststörung und Suchtmittelstörung sowie einer Posttraumatische Belastungsstörung und Suchterkrankung herangezogen. Gemäss Moggi (2014) können sich die beiden Erkrankungen gegenseitig fördern. Besteht eine Angststörung und die betroffene Person konsumiert ein Suchtmittel gemäss Selbstmedikationshypothese, beeinflusst das Suchtmittel die psychische Störung und es entsteht ein komplexer Teufelskreis. (S. 17)

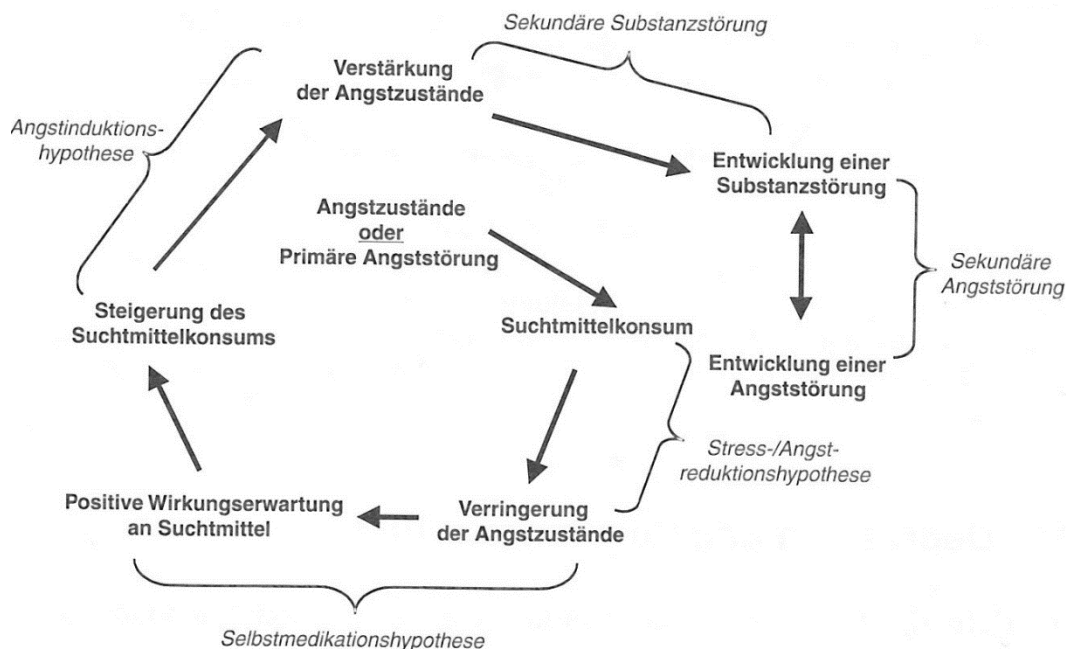


Abbildung 6: Komplexes Teufelskreismodell der Entstehung von Angst- und Substanzstörung Moggi (2014, S. 17)

Affektregulationsmodell: Das Affektregulationsmodell ist eine Alternative zur Selbstmedikationshypothese oder kann auch als Erweiterung oder Variante betrachtet werden. Gemäss Mueser, Mary F. Brunette & Drake (2007) fand die Selbstmedikationshypothese wenig empirische Bestätigung (zit. in Moggi, 2014, S. 15). Moggi (2014) beschreibt, dass das Affektregulationsmodell die Selbstmedikationshypothese abgelöst hat. Patientinnen und Patienten mit psychischen Problemen versuchen mit Suchtmitteln die negativen Emotionen positiv zu verändern, sodass die Entwicklung einer Suchtmittelstörung begünstigt wird. (S. 15) Gemäss Ray Milton Blanchard et al. (2000) ist es unerheblich, ob die unangenehmen emotionalen Zustände Symptome einer psychischen Krankheit sind oder durch andere Gründe, wie zum Beispiel bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, etwa Impulsivität, psychosozialer Stress oder Ressourcendefizite zustande kommen (zit. in Moggi, 2014, S. 15).

Social-Drift-Hypothese: Die Social-Drift-Hypothese geht davon aus, dass sich Klientinnen und Klienten mit einer psychischen Störung oftmals in sozialen Randgruppen befinden, in der Alkohol- und Drogenkonsum Alltag ist und somit einen festen Bestandteil des Lebens darstellt (Moggi, 2014, S. 15).

Sensitivitätsmodell/Supersensitivitätsmodell: Gemäss Mueser et al. (2007) gibt es für dieses Ätiologiemodell einige empirische Bestätigungen (zit. in Moggi, 2014, S. 15). Das Sensitivitätsmodell, auch Supersensitivitätsmodell genannt, geht aus dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell heraus. Es wird davon ausgegangen, dass eine Vulnerabilität für eine psychische Erkrankung, zum Beispiel eine Schizophrenie besteht, die aus früheren Ereignissen und genetischen Faktoren entstanden ist. Die Schizophrenie wird dabei mit Belastungsfaktoren aus der eigenen Umwelt ausgelöst. Dieses Modell setzt keinen Substanzkonsum voraus, sondern nur das Vorhandensein der Vulnerabilität für die psychische Störung. Dem Suchtmittel wird in diesem Zusammenhang die Funktion des Stressors zugewiesen. (Moggi, 2014, S. 15)

Um aufzuzeigen, wie unterschiedlich die verschiedenen Erklärungsmodelle für die Entstehung einer Doppeldiagnose verwendet werden, hat die Autorenschaft aufgrund der Ausführungen von Moggi und Donati (2004) und Moggi (2014) nachfolgende Tabelle geschaffen.

Störung / Modell	Modell der gemeinsamen Faktoren	kausale Beziehung									
		bidirektional	unidirektional					primäre psychische Störung / sekundäre Suchtstörung			
			primäre Suchtstörung / sekundäre psychische Störung	primäre psychische Störung, nicht genauer eingeteilt	Selbstmedikations-hypothese		Affektregulationsmodell			Social-Drift-Hypothese	Sensitivitätsmodell
					"nur" Selbstmedikations-hypothese	Teufelskreismodell					
Angst- und Substanzstörung	x				x	x					
Depression und Substanzstörung	x	x	x		x		x				
PTBS und Substanzstörung		x			x	x					
Schizophrenie und Substanzstörung	x	x	x		x		x	x	x		
Persönlichkeits- und Substanzstörung	x				x						
ADHS und Substanzstörung	x			x	x						

Abbildung 7: Erklärungsmodelle für die Entstehung einer Doppeldiagnose bei psychischen Störungen (eigene Darstellung)

3.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel hat die Autorenschaft aufgezeigt, mit welchen Störungsmodellen die Psychiatrie die Entstehung von Doppeldiagnosen zu erklären versucht. Dabei hat sich einerseits gezeigt, dass die Fachwelt keine allgemeingültigen Erklärungen präsentieren kann – und dies wohl auch eine Utopie sein dürfte. Zu verschieden sind die diversen psychischen Störungen, als dass jede Kombination mit Studien erfasst werden könnte. Diese beschränken sich deshalb grösstenteils auch auf die häufigsten psychischen Störungen im Zusammenhang mit der Doppeldiagnose. Wobei auch bei diesen die Resultate der empirischen Datenerhebungen nicht eindeutig genug sind, um bestimmte Erklärungsmodelle zu bestätigen. Deshalb finden sich für jede Doppeldiagnose auch mehrere Modelle, die in Frage kommen.

Andererseits gestalten sich auch die Studien als Herausforderung. Wie will man im Nachhinein beweisen, welche Störung zuerst da war, die psychische Störung oder die Substanzstörung? Unter Umständen überlappen sich die Symptome oder beeinflussen sich gegenseitig, was eine eindeutige Aussage ausgesprochen schwierig macht. Hinzu kommt die Tatsache, dass es immer mehr Diagnosen gibt, was die Diagnostik zu einer hochkomplexen Wissenschaft macht. Insbesondere, wenn genetische oder psychosoziale Faktoren eine Rolle bei der Chronifizierung einer Störung spielen.

Den Schreibenden erscheint es deshalb wichtig, dass sich auch die Soziale Arbeit der Heterogenität dieser Störungen und ihrer Zusammenhänge bewusst ist. Es dürfte ein Ding der Unmöglichkeit sein, in der Zusammenarbeit mit Klientinnen und Klienten mit Doppeldiagnosen abschliessend zu beurteilen, welche Faktoren sich auf welche Störungen wie ausgewirkt haben. Und wie diese Störungen sich schlussendlich gegenseitig beeinflusst haben. Vielmehr erscheint es angebracht, genau Hinzuschauen und Hinzuhören, um abzuwägen, welches die grössten Belastungen sind und welche Störung grösseren Schaden verursacht. Dies, um dann an diesem Punkt anzusetzen, um zusammen mit dem Klientel, Wege zu einem gelingenderen Leben zu finden.

Für die Soziale Arbeit ist das Wissen um diese Erklärungsmodelle zwar wichtig, aber noch nicht ausreichend, um professionelles Handeln zu begründen. Deshalb werden im nächsten Kapitel die psychosozialen Folgen der häufigsten psychischen Störungen (im Zusammenhang mit einer Doppeldiagnose), von Substanzstörungen und schlussendlich von Doppeldiagnosen aufgezeigt. Aufgrund dieser Folgen sollen im weiteren Verlauf dieser Arbeit die sozialen Probleme herausgeschält werden, um dann zum Handlungsauftrag zu kommen.

4 Psychosoziale Folgen

Neben dem individuellem Erleben leiden psychisch erkrankte Menschen an Behinderungsfolgen in verschiedenen Lebensbereichen. In diesem Kapitel werden die Auswirkungen auf die unterschiedlichen Lebensbereiche analysiert. Es geht darum, die direkten und indirekten psychosozialen Folgen aufzuzeigen, mit denen die Erkrankten in ihrem täglichen Leben zu kämpfen haben.

Bei den Recherchen zu psychosozialen Auswirkungen der Krankheit von Doppeldiagnose Betroffenen musste das Autorenteam feststellen, dass es sehr wenig Literatur zu diesem Thema gibt. Auch bei den spezifischen psychischen Störungen wird in der Literatur kaum auf die psychosozialen Auswirkungen im Alltag der Erkrankten eingegangen. Und wenn darauf eingegangen wird, sind es oft allgemeine Aussagen, die kaum auf Studien abgestützt sind. Die Literatur befasst sich stark mit Prävalenzzahlen, Entstehung der psychischen Krankheit, mit Risiko- und Schutzfaktoren und schlussendlich mit der Therapie der Krankheit. Es scheint, dass die Patientinnen und Patienten als Individuen angeschaut werden und ihrer Rolle im System weniger Beachtung geschenkt wird.

Damit eine ganzheitliche Sichtweise der psychosozialen Auswirkungen auf die Betroffenen erreicht und Zusammenhänge aufgezeigt werden können und die Aufzählung nicht als willkürliches Sammel-surium daherkommt, werden die Ergebnisse im Kapitel 5 anhand dem Modell von Ausstattung,

Austausch und Macht von Silvia Staub-Bernasconi strukturiert und die Probleme auf der Mikro-, Meso- und Makro-Ebene aufgezeigt und erklärt.

4.1 Psychosoziale Folgen von psychischen Störungen

Wie in Kapitel 2.2.1 werden die psychosozialen Folgen auch an dieser Stelle anhand der in der Literatur (im Zusammenhang mit der Doppeldiagnose) häufigsten genannten psychischen Störungen erläutert. Es sind dies die Angststörung, die Depression, die Posttraumatische Belastungsstörung, die Schizophrenie, die Persönlichkeitsstörung und das ADHS. Als einzelnes Unterkapitel werden die Substanzstörung und die Doppeldiagnose betrachtet. Die psychosozialen Folgen der einzelnen Störungsbilder werden aufgezeigt und Zusammenhänge erklärt.

Die nachfolgenden Erläuterungen handeln von Schwierigkeiten, die bei den Betroffenen auftreten können. Das bedeutet nicht, dass alle psychisch erkrankten Menschen von allen diesen Defiziten betroffen sein müssen. Jeder Mensch verfügt über individuelle interne und externe Ressourcen und hat entsprechende Copingstrategien, um mit einer psychischen Erkrankung umzugehen. Der Autorenschaft erschien es für diese Arbeit aufgrund der Recherche am sinnvollsten, die möglichen Schwierigkeiten aufzulisten, um aufzuzeigen, ob Menschen mit einer Doppeldiagnose auch stärkeren und grösseren Belastungen ausgesetzt sind, als Menschen mit nur einer Diagnose. Aufgrund dieser Recherche kann ein Ist-Zustand beschrieben werden. Bei der individuellen Fallarbeit mit Betroffenen von einer Doppeldiagnose wird selbstverständlich neben der Problembestimmung auch eine Ressourcenanalyse gemacht. In den folgenden Ausführungen beziehen sich die Schreibenden ausschliesslich auf wissenschaftlich belegte Studien und haben bewusst auf eigene Interpretationen verzichtet.

Die Autorenschaft verwendet zur genaueren Analyse der möglichen Defizite bei den genannten Diagnosegruppen die fünf Säulen der Identität von Hilarion Petzold. Petzold (1984) umschreibt mit dem Begriff „Säulen der Identität“ fünf Lebensbereiche, in denen Menschen ihre Identität entwickeln.

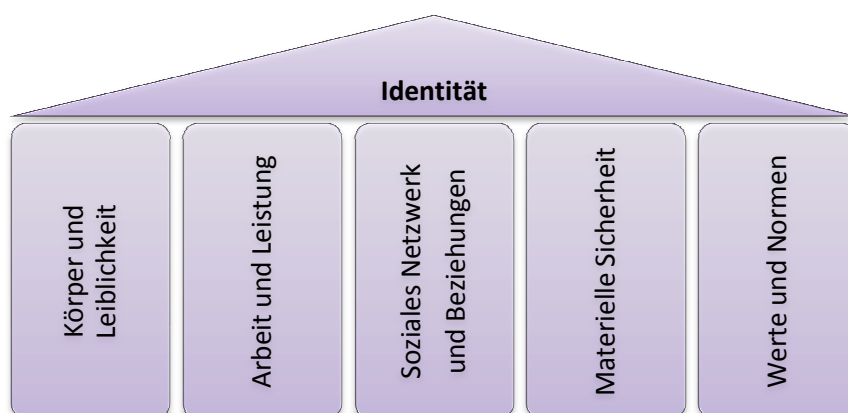


Abbildung 8: Eigene Darstellung der fünf Säulen der Identität in Anlehnung an Petzold (1984)

Körper und Leiblichkeit	In diesen Bereich gehört alles, was im Mensch drin ist. Seine Gesundheit, sein Kranksein, seine Leistungsfähigkeit, sein Aussehen, sein Wohlbefinden, seine Sexualität.
Arbeit und Leistung	Hier geht es um das „Tätig-sein“, mit dem sich ein Mensch identifiziert. Auch Erwerbslose und Berufs- oder Arbeitsunfähige können tätig sein. Es geht um Erfolgserlebnisse, Freude an der eigenen Leistung, aber auch um Arbeitsüberlastung.
Soziales Netzwerk und Beziehungen	Diese Säule umfasst das soziale Netzwerk des Menschen, Freunde, Familie, Partnerschaft, Beziehungen, Zugehörigkeit zu Vereinen. Es geht um Menschen, die es gut mit dem Menschen meinen, aber auch um solche, die ihm feindselig gegenüberstehen.
Materielle Sicherheit	Die materielle Sicherheit beeinflusst die Identität stark. Der Besitz eines Menschen, wie zum Beispiel Nahrung, Kleidung, Wohnung und Weiterbildungsmöglichkeiten hängen mit dem Einkommen und dem verfügbaren Geld eines Menschen zusammen.
Werte und Normen	Bei der fünften Säule geht es um Moral, Ethik, Traditionen, Hoffnungen, Liebe, Glauben und Sinnfragen. Für was steht der Mensch ein, wofür steht er und was ist für ihn sinnvoll.

Die Lebenssituation der Klientinnen und Klienten wird mit diesem Instrument aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet und es kann daraus geschlossen werden, wie tragfähig die fünf Identitätssäulen der Klientinnen und Klienten sind. Daraus können ihre Bedürfnisse abgeleitet werden und es kann entsprechend interveniert werden. Im Anschluss zu den fünf Säulen werden jeweils für jede psychische Störung zusätzliche Aspekte zur Störung im Zusammenhang mit Sucht beleuchtet.

4.1.1 Angststörungen

Angst kennt jeder Mensch. Angst ist lebensnotwendig und ein wichtiges Warnsignal. Die pathologische Angst dagegen lähmt die körperlichen und geistigen Funktionen. (Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux & Arno Deister, 2013) Neben den körperlichen Angstsymptomen, den angstverstärkenden Gedanken und den Gefühlen wie zum Beispiel Hilflosigkeit und Verzweiflung, spielt auch das Verhalten eine wichtige Rolle. Matthias Hammer und Irmgard Plössl (2013) beschreiben die Symptome des Verhaltens wie folgt: Vermeidung, Rückzug, Sicherheitsverhalten, Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung, Überreaktion auf Unvorhergesehenes, Reizbarkeit, Einschlafstörungen wegen der Sorgen (S. 197).

Unter einer Angststörung leidet jede vierte Person irgendeinmal im Laufe ihres Lebens. Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden psychischen Störungen. Dies bestätigen auch die Prävalenz-

zahlen in Kapitel 2.2. In der Gesamtbevölkerung sind rund 10 bis 14 % der Menschen von einer Angststörung betroffen (Hammer & Plössl, 2013, S. 188ff). Die Mädchen und Frauen tragen ein zwei- bis dreimal höheres Risiko, an einer Angststörung zu erkranken als Jungen und Männer (Sigrun Schmidt-Traub, 2013, S. 15).

Die Angststörung beeinträchtigt die Lebensführung der Betroffenen in hohem Masse. Neben den persönlichen Beeinträchtigungen, wirkt sich die Störung auch auf das Umfeld und die Gesellschaft aus.

Psychosoziale Auswirkungen von Angststörungen nach den fünf Säulen der Identität

Körper und Leiblichkeit	Die ständigen Sorgen führen zu einer Beeinträchtigung für die betroffene Person und ihre Umwelt. Zusätzliche Symptome wie Verspannungen, Nervosität, Ruhelosigkeit, Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen können dazu kommen. (Hammer & Plössl, 2013, S. 196) Schmidt-Traub (2013) verweist auf eine Untersuchung, die aufzeigt, dass Menschen mit Panik- und Agoraphobie dazu neigen, ungesund zu leben. Schädliche Substanzen wie Nikotin, Koffein, Zucker, Alkohol und Medikamente werden häufiger konsumiert. Betroffene ernähren sich ungesund und fast alle haben sportliche Tätigkeiten aufgegeben. (S. 92) Bei Sozialphobikerinnen und Sozialphobikern wird von häufigen sexuellen Funktionsstörungen berichtet, da die Angst zu versagen oder nicht attraktiv genug zu sein sehr gross ist (Hans Morschitzky, 2009).
Arbeit und Leistung	Die Angst- und Panikhilfe Schweiz (2014) berichtet, dass sich viele Angstpatientinnen und Angstpatienten nur noch in der eigenen Wohnung sicher fühlen. Der Weg zur Arbeit ist mit viel Anstrengung verbunden. Dadurch erscheinen sie nicht am Arbeitsplatz, den sie schlussendlich verlieren. Sozialphobikerinnen und Sozialphobiker, die ihren Arbeitsplatz behalten, haben geringere Karrieremöglichkeiten als Menschen ohne Sozialphobie (Morschitzky, 2009).
Soziales Netzwerk und Beziehungen	Aus der Panikforschung ist bekannt, dass Angstpatientinnen und Angstpatienten ein Vermeidungsverhalten an den Tag legen. Zum Beispiel flüchten Hausfrauen und Hausmänner sowie Selbstständigerwerbende leichter aus der Angstsituation, da sie nicht zwingend aus dem Haus gehen müssen, um zu arbeiten. Mit diesem Verhalten nimmt die soziale Isolation zu. (Schmidt-Traub, 2013, S. 91) Die drohende Panik übernimmt immer mehr Macht bei den Betroffenen. Die Patientinnen und Patienten planen nur noch mit Rücksicht auf ihre Ängste und manche Betroffene vermeiden Situationen, die eine Panikattacke auslösen könnten (S. 121). Die Angst vor der Angst beherrscht den Alltag und die Betroffenen isolieren sich immer mehr (S. 57). Sie rufen zum Beispiel öfters bei Familienmitgliedern an und erkundigen sich nach deren

	<p>Befinden, sie planen extrem lange im Vorfeld, weichen spontanen Aktivitäten aus oder schauen sich keine Nachrichtensendungen im TV an, um Beunruhigung vorzubeugen (Hammer & Plössl, 2013, S. 197). Die Angst- und Panikhilfe Schweiz (2014) führt aus, dass Angstpatientinnen und Angstpatienten oft auf Unverständnis in ihrem Umfeld stossen und dass viele Partnerinnen und Partner sich von den Betroffenen trennen. Auch Morschitzky berichtet, dass Menschen mit einer Sozialphobie zurückgezogen leben und dass fast die Hälfte der Betroffenen ungewollt ohne Partnerin oder Partner lebt (Morschitzky, 2009).</p>
<p>Materielle Sicherheit</p>	<p>Der häufige Arbeitsplatzverlust führt zu finanziellen Engpässen (Angst- und Panikhilfe Schweiz, 2014). Schmidt-Traub (2013) berichtet von vielen überängstlichen Frauen, die ihren Arbeitsplatz kündigen und dadurch stärker wirtschaftlich abhängig vom Partner werden (S. 41).</p>
<p>Werte und Normen</p>	<p>Um gewisse Situationen zu vermeiden, erfinden Sozialphobikerinnen und Sozialphobiker Notlügen und Ausreden. Sie stehen nicht für ihre Wünsche und Bedürfnisse ein, da sie sich vor Kritik und Ablehnung fürchten. Entsprechend setzen sie sich nicht für ihre Anliegen ein. Aus Angst, nicht mehr geliebt zu werden, können sie nicht Nein sagen. Sie kritisieren sich selbst stark, was von einem geringen Selbstwertgefühl zeugt. Durch das ständige Vermeidungsverhalten fehlen ihnen positive Lebenserfahrungen. (Morschitzky, 2009)</p>
<p>Angst und Sucht</p>	<p>Morschitzky (2009) erklärt, dass Alkohol oder Tranquilizer von vielen Sozialphobikerinnen und Sozialphobikern benutzt werden, um ihre Ängste zu dämpfen. So beginnen viele sozial ängstliche Menschen wegen ihrer Ängste zu trinken und werden zu Alkoholikern. Wenn die soziale Phobie langjährig andauert und unbehandelt ist, können die Menschen in eine Depression geraten oder eine andere schwerwiegende psychische Störung entwickeln.</p>

4.1.2 Depression

Laut WHO (1986) beeinträchtigt eine Depression die Lebensführung gravierend (zit. in Rolf Haubl, 2013, S. 113). Die Menschen sind nicht nur psychosozial gravierend beeinträchtigt, sondern oftmals auch somatisch. Menschen mit einer Depression leiden unter anderem an Symptomen wie Niedergeschlagenheit, Energieverlust, Motivationsverlust, Schlafstörungen, Libidoverlust, Suizidgedanken und Konzentrationsstörungen (Dilling, 2009). Dies wirkt sich auch auf alle Lebensbereiche der Betroffenen aus.

Von Depression sind in der Allgemeinbevölkerung rund 21 % betroffen (Walter, 2014, S. 136).

Psychosoziale Auswirkungen von Depression nach den fünf Säulen der Identität

<p>Körper und Leiblichkeit</p>	<p>Depressive Menschen nehmen nicht nur ein verändertes Gefühlserleben sondern auch ein verändertes Körperempfinden wahr. Sie erleben ihren Lebensraum als immer einengender. Sie sprechen von einer „bleiernen Müdigkeit in Armen und Beinen“ oder „einer Zentnerlast auf den Schultern“. Neben dem Schweregefühl fühlen sie sich kraftlos und auffällig müde. (Daniel Hell, 2007, S. 49). Depressive Menschen sehen ihre Lage oft als aussichtslos, 10 - 15 % der Erkrankten begehen Suizid (Haubl, 2013, S. 113).</p>
<p>Arbeit und Leistung</p>	<p>In der Arbeitswelt wird es für eine depressive Person schwierig. Die Arbeit hat in der Schweiz einen hohen Stellenwert. Neben dem materiellen Auskommen ermöglicht die Arbeit, sich sozial zu integrieren und partizipieren. Ebenso gibt sie Anerkennung und sozialen Status (Haubl, 2013, S. 111). Baer, Schuler, Füglistler-Dousse und Moreau-Gruet (2010) haben in einer Untersuchung aus verschiedenen Studien Daten zum Thema Depression zusammengetragen und, wo möglich, zueinander in Beziehung gesetzt und dies im OBSAN-Bericht 56 publiziert. Die Auswertung der Daten zeigt, dass Personen mit depressiven Symptomen seltener erwerbstätig sind und häufiger Teilzeit arbeiten, als Personen ohne depressive Symptome (S. 99). Menschen mit einer Depression fehlen häufig am Arbeitsplatz. Bei der Gesundheitsbefragung gaben Menschen mit einer schweren Depression an, in den letzten vier Wochen während mehr als einem Drittel der Arbeitstage arbeitsunfähig gewesen zu sein. (S. 97ff) Der Arbeitsplatz wird von Depressiven als bedrohlicher erlebt, als psychisch Gesunde diesen erleben. Sie sind auch öfters unzufrieden am Arbeitsplatz. Menschen mit einer Depression können am Abend schlecht abschalten und haben oft Einschlafstörungen. (S. 105)</p> <p>Depressive Arbeitnehmende sind selten in ärztlicher Behandlung. Bei Personen mit schwachen Depressionssymptomen sind 8 %, bei Personen mit mittleren bis starken Depressionssymptomen rund ein Viertel wegen der depressiven Symptome in ärztlicher Behandlung. Menschen mit einer schwächeren Symptomatik sind kaum in psychotherapeutischer Behandlung. Diese werden vor allem mit Antidepressiva behandelt. (S. 107ff)</p>
<p>Soziales Netzwerk und Beziehungen</p>	<p>Auch in der Partnerschaft ist die Depression eine grosse Herausforderung. Der Interessenverlust und die verminderte Freude führen auch beim Partner zu Veränderungen. Guy Bodenmann beschreibt die Symptome und die Auswirkungen auf die Partnerschaft anhand der DSM-IV-Kriterien (Sass et al., 2003). Daraus geht hervor, dass die Partnerin oder der Partner mitleidet, mehr Verantwortung übernimmt und sich im sozialen und im Freizeitverhalten</p>

	<p>einschränkt. Daraus resultiert, dass das Paar sich immer mehr isoliert.</p> <p>Baer, Schuler, Füglistler-Dousse und Moreau-Gruet (2010) berichten, dass depressive Menschen häufiger alleine leben und öfter alleinerziehend sind. Je stärker die Depressivität, desto häufiger leben die Menschen mit Depression ohne Partnerin oder Partner als Personen ohne Depressivität. Rund jede dritte Person mit mittlerer bis starker Depressivität lebt alleine. Ebenso zeigt sich, dass je stärker die Depressivität, desto geringer ist die emotionale Unterstützung der Partnerin, des Partners. (S. 65ff) Die Kontakte zu Verwandten bleiben im Gegensatz zu Partnerinnen oder Partnern mehr oder weniger intakt. Dagegen nimmt der Kontakt zu Freunden und Vertrauenspersonen während der Depression ab. Die Resultate zeigen, dass die Hälfte der Frauen und mehr als ein Drittel der Männer mit klinisch relevanten depressiven Symptomen eine Vertrauensperson vermissen. Ebenso besteht ein enger Zusammenhang zwischen Depression und Einsamkeit. Rund ein Fünftel aller Personen mit einer stärkeren depressiven Symptomatik berichtet von ziemlich häufigen Einsamkeitsgefühlen. (S. 68ff)</p> <p>Wenn der Blick auf die Kinder eines depressiven Elternteils geworfen wird, ist es augenfällig, dass eine depressive Mutter oder ein depressiver Vater weniger Erziehungskompetenzen hat und eine konsistente Erziehung erschwert ist. Bodenmann (2009) zeigt auf, dass die Defizite bezüglich der Feinfühligkeit während einer Depression destruktive Auswirkungen auf die Kinder hat und eine gesunde Entwicklung der Kinder gefährdet ist. Das Risiko, dass die Kinder einer depressiven Mutter selber eine psychische Störung entwickeln, ist erhöht. (S. 92ff)</p>
<p>Materielle Sicherheit</p>	<p>Baer, Schuler, Füglistler-Dousse und Moreau-Gruet (2010) berichten von einem markant sinkenden Erwerbseinkommen. Je stärker die Depression ist, desto deutlicher sinkt der Lohn.</p>
<p>Werte und Normen</p>	<p>Hell beschreibt, dass Menschen mit einer Depression ein verändertes Zeiterleben haben. Sie haben das Gefühl, die Zeit vergehe langsam, manche haben sogar das Gefühl, sie stehe still. Sie seien wie gelähmt und kommen nicht vorwärts. Die unerledigten Aufgaben verfolgen sie bis in den Schlaf. Dadurch beschäftigen sie sich hauptsächlich mit Vergangenen. Sie können den Ansprüchen an sich selber nicht mehr gerecht werden und machen sich masslose Selbstvorwürfe. (Hell, 2007, S. 53ff)</p>
<p>Depression und Sucht</p>	<p>Alkoholabhängigkeit kann sich negativ auf den Verlauf einer Depression auswirken (Moggi, 2007b, S. 97).</p>

4.1.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) handelt es sich um eine mögliche Folge­reaktion auf mehrere traumatische Ereignisse oder auch nur ein Ereignis, wie zum Beispiel Vergewaltigung, Krieg, Verkehrsunfall oder Folterungen, die eine Person an sich selber oder an einer fremden Person erlebt hat. Durch das traumatische Erlebnis kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses. (Guido Flatten, 2001, S. 3) Um die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung stellen zu können, braucht es nicht nur das Vorhandensein eines traumatisierenden Vorfalls, sondern auch eine subjektive Reaktion auf das Geschehen. Zusätzlich kommen noch folgende Symptome dazu: nochmaliges Erleben des traumatischen Ereignisses, Vermeidungsverhalten sowie emotionales Betäubtsein und Überempfindlichkeit (S. 15).

Die Lebenszeitprävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung liegt bei gut 5 %, wobei Frauen mehr als doppelt so oft betroffen sind wie Männer gemäss Kessler et. al. (2012) (zit. in Grundmann & Schäfer, 2014, S. 105).

Einschlaf- und Durchschlafstörungen, allgemeine Reizbarkeit und Wutausbrüche, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, übersteigerte Wachsamkeit (Hypervigilanz), leichte Erschreckbarkeit und das Gefühl, keine heilungsfördernden Energiereserven zu haben, kann alles Teil einer Posttraumatischen Belastungsstörung sein (Mary Beth Williams & Soili Poijula, 2012, S. 132). Symptome wie Schuld, Scham und Verlust gehören zwar nicht zur Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung, treten aber bei vielen Traumatisierten auf (S. 172). Personen, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben, leiden häufig neben den psychischen Symptomen unter psychosozialen Auswirkungen (Christine Knaevelsrud, Alexandra Liedl & Nadine Stammel, 2012, S. 130).

Psychosoziale Auswirkungen von PTBS nach den fünf Säulen der Identität

Körper und Leiblichkeit	Erlebte Traumata können sich zusätzlich zu einer PTBS in Form einer Krankheit auswirken, wie zum Beispiel chronische Erschöpfung, Fibromyalgie, Reizdarm, Kopfschmerzen und starke Nervosität. (Williams & Poijula, 2012, S. 132). Die Bandbreite der Affekte ist eingeschränkt, vor allem Intimität, Zärtlichkeit und Sexualität sind davon beeinträchtigt (Knaevelsrud et al., 2012, S. 130).
Arbeit und Leistung	Personen mit einer PTBS leiden unter Konzentrations- und Gedächtnisproblemen, Leistungsstörungen treten ein und Schulleistungen sinken (Regina Steil & Rita Rosner, 2009, S. 4). Es liegt ein deutlich vermindertes Interesse an wichtigen Aktivitäten vor, unter anderem verliert die Arbeit an Wichtigkeit (Knaevelsrud et al., 2012, S. 130).
Soziales Netzwerk und Beziehungen	Betroffene von einer PTBS ziehen sich häufig sozial zurück, haben chronisch das Gefühl von Nervosität oder Entfremdung, haben ein unangepasstes und unflexibles Verhalten und sind im sozialen Leben beeinträchtigt. Es kommt oft

	zu Entfremdungen von Partnerinnen und Partner. (Steil & Rosner, 2009, S. 2)
Materielle Sicherheit	Was die materielle Sicherheit von PTBS betroffenen Personen betrifft, konnte die Autorenschaft keine verlässlichen Angaben finden. Es wird davon ausgegangen, dass einige Betroffene mit finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, bei anderen hat die Krankheit keinen Einfluss auf die finanzielle Situation.
Werte und Normen	Gemäss Steil und Rosner (2009) haben Betroffene von einer PTBS oft eine feindliche und misstrauische Haltung gegenüber der Welt, sie erleben ein Gefühl der Leere und/oder Hoffnungslosigkeit (S. 2).
PTBS und Sucht	Menschen mit einer Doppeldiagnose PTBS und Substanzmissbrauch weisen schlechtere Behandlungsergebnisse aus als Personen mit einer anderen Doppeldiagnose oder nur einer Störung. Um den grossen emotionalen Schmerz durch die PTBS ertragen zu können, entsteht oft eine Substanzstörung. Der Konsum von Substanzen bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung erhöht das Risiko ein erneutes Trauma zu erleben, welches wiederum zu mehr Substanzkonsum führen kann. (Najavits, 2009, S. 19ff).

4.1.4 Schizophrenie

Zu den schwersten psychischen Erkrankungen gehört die Schizophrenie, die Krankheit und der Verlauf sind sehr vielfältig. Es ist jedoch immer die Gesamtpersönlichkeit der Patientinnen und Patienten betroffen. Zu den Symptomen in der Akutphase gehören Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Affektstörungen, psychomotorische Störungen und Störungen des Selbstwertgefühls (Kurt Hahlweg & Matthias Dose, 1998, S. 1).

Die Lebenszeitprävalenz von Schizophrenie in der Allgemeinbevölkerung liegt bei 1 bis 1,5 % (Gouzoulis-Mayfrank, 2007, S. 3).

Wenn sich Betroffene der Schwere und allfälligen Folgen ihrer Krankheit wie berufliche Leistungsminderung oder soziale Desintegration bewusst werden, kann dies eine depressive Reaktion auslösen (Hahlweg & Dose, 1998, S. 62). 50 % der Angehörigen von Personen mit einer Schizophrenieerkrankung klagen über eine behandlungsbedürftige psychische Störung, meistens Ängste und Depression (S. 24).

Psychosoziale Auswirkungen von Schizophrenie nach den fünf Säulen der Identität

Körper und Leiblichkeit	Die Betroffenen fühlen sich unsicher betreffend der eigenen Identität oder der eigenen Existenz, das Selbstwertgefühl ist häufig gestört (Hahlweg & Dose, 1998, S. 3). Das DSM-IV bezeichnet die Selbstfürsorge unter dem normalen
--------------------------------	--

	Niveau, es besteht die Tendenz zur Verwahrlosung (Sass et al., 2003, S. 137)
Arbeit und Leistung	Die Leistungsfähigkeit verändert sich, Menschen mit einer Schizophrenie sind geringer belastbar bei Stress, können sich schlechter konzentrieren, erleiden einen Leistungsknick und leiden unter erhöhter Ablenkbarkeit (Hammer & Plössl, 2013, S. 52).
Soziales Netzwerk und Beziehungen	Das Verhalten von Schizophrenie Betroffenen ist oftmals sehr belastend für das soziale Umfeld. Das häufig auffällige Sozialverhalten kann zur Isolation der Familie führen (Hahlweg & Dose, 1998, S. 24). Fast immer bestehen Probleme mit zwischenmenschlichen Beziehungen, zum Beispiel wegen übertriebenem Misstrauen. Die Beziehungen können nicht aufrecht erhalten werden und oft kommt es zum sozialen Rückzug mit emotionaler Isolierung. (S. 3)
Materielle Sicherheit	Die materielle Sicherheit von Schizophrenie betroffenen Personen ist sehr unterschiedlich. Aber durch die häufige Chronifizierung und das frühe Erkrankungsalter verursacht die Krankheit enorme direkte und indirekte Kosten (Hahlweg & Dose, 1998, S. 23).
Werte und Normen	Des Öfteren kommt es bei Betroffenen zu veränderten Interessen, wie zum Beispiel für religiöse oder übernatürliche Dinge (Hammer & Plössl, 2013, S. 52).
Schizophrenie und Sucht	Die Komorbidität betrifft bei Frauen vor allem Medikamentenmissbrauch, bei Männern und Frauen Alkoholmissbrauch, Missbrauch von illegalen Drogen und Nikotinmissbrauch (Hahlweg & Dose, 1998, S. 23).

4.1.5 Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind Beziehungsstörungen; es sind Störungen der Beziehung oder Beziehungsgestaltung und der Interaktion. Personen mit einer Persönlichkeitsstörung zeigen ungünstige Überzeugungen, was Beziehungen anbelangt. Sie gehen davon aus, sie sind nicht wichtig, werden nicht respektiert und wenn man wahrgenommen werden möchte, muss man sich heftig bemerkbar machen und Aufmerksamkeit auf sich lenken. (Rainer Sachse, 2010, S. 11)

In der Allgemeinbevölkerung wird von einer Prävalenzrate von zirka 10 % für eine Persönlichkeitsstörung ausgegangen, je nach Studie zwischen 4 und 20 % (Walter 2014, S. 136). Gemäss Sven Barnow (2008) gibt es noch nicht viele Studien zur Lebenszeitprävalenz von Persönlichkeitsstörungen. Die wenigen, die es gibt, gehen von rund 9 % aus.

Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Suchtstörung weist gemäss Gouzoulis-Mayfrank (2007) mit 83,6 % die höchste Lebenszeitprävalenz aus, die zweithäufigste Kombination Persönlichkeitsstörung und Suchtstörung kann mit 38 % der Borderline-Persönlichkeitsstörung zugewiesen werden (S. 4).

Aus diesem Grund wird hier bei der Erklärung vor allem auf die antisoziale Persönlichkeitsstörung eingegangen. Bei der Auflistung der sozialen Probleme fliessen die Persönlichkeitsstörungen generell ein.

Die antisoziale oder dissoziale Persönlichkeitsstörung gehört zusammen mit der Borderline-, der Histrionischen- und der Narzisstischen-Persönlichkeitsstörung zu den Gruppe B-Persönlichkeitsstörungen (Sass et al., 2003, S. 258). Gemäss dem ICD-10 haben Menschen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung keine Schwierigkeiten, Beziehungen einzugehen, sie können sie aber nicht längerfristig erhalten. Sie sind oft verantwortungslos, missachten soziale Normen, Regeln und Verpflichtungen. Die Frustrationstoleranz ist wie bei den meisten Persönlichkeitsstörungen ziemlich gering und die Schwelle für aggressives und auch gewalttätiges Verhalten ist tief. Aus Erfahrungen zu lernen ist für Menschen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung praktisch unmöglich. Sie neigen weiter dazu, andere zu beschuldigen. (Dilling, 2009) Das DSM-IV führt weiter aus, dass Menschen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung öfters und wiederholt lügen, nicht vorausplanen können, rücksichtslos die eigene Sicherheit und die der anderen missachten, keine Reue zeigen können und verantwortungslos handeln (Sass et al., 2003, S. 259). Grundsätzlich sind Klientinnen und Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung häufig unzuverlässig, sie können Termin- und Therapievereinbarungen nicht einhalten oder sie sind nicht in der Lage, sich auf etwas zu konzentrieren und somit auch nicht fähig, einer Therapiesitzung die nötige Aufmerksamkeit zu schenken (Walter, 2014, S. 141).

Psychosoziale Auswirkungen von Persönlichkeitsstörungen nach den fünf Säulen der Identität

<p>Körper und Leiblichkeit</p>	<p>Personen mit einer Persönlichkeitsstörung sind eher schwer behandelbar, es ist oft eine Therapieresistenz vorhanden und die Gefahr einer Chronifizierung besteht. Vor allem bei Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kommt es oft zu Selbstverletzungen. Betroffene einer antisozialen Persönlichkeitsstörung leiden oft unter Somatisierungsstörungen, sie klagen über Schmerzen, aber die Ärzte können keine organische Ursache finden. (Barnow, 2008, S. 23-34)</p>
<p>Arbeit und Leistung</p>	<p>Durch Verantwortungslosigkeit, welche sich in wiederholtem Versagen zeigt, ist es praktisch unmöglich, eine dauerhafte Tätigkeit auszuführen (Barnow, 2008, S. 34).</p>
<p>Soziales Netzwerk und Beziehungen</p>	<p>Soziale Regeln werden meistens missachtet. Personen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung nehmen sich, was sie brauchen, notfalls auch mit Gewalt. Dies führt unweigerlich zu schwierigen sozialen Beziehungen. Sie zeigen keine Reue, wenn sie andere verletzen, misshandeln, bestehlen oder kränken. Betroffene einer Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen ein tiefes instabiles Muster von zwischenmenschlichen Beziehungen auf. Zusätzlich findet ein permanenter Wechsel zwischen Extremen der Idealisierung und der</p>

	Entwertung des Gegenübers statt. Grundsätzlich besitzen Personen mit einer Persönlichkeitsstörung eine verringerte Fähigkeit, sich veränderten Umweltbedingungen flexibel anzupassen, daraus ergeben sich öfters interpersonelle Krisen. (Barnow, 2008, S. 20ff)
Materielle Sicherheit	Menschen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung haben Schwierigkeiten, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen (Barnow, 2008, S. 34).
Werte und Normen	Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung verfügen oft über ein Gefühl der Leere, verbunden mit einem geringen Selbstwertgefühl. Im Gegenzug verfügen Betroffene einer antisozialen Persönlichkeitsstörung über kein Empfinden und weisen Mängel an dauerhaften und tiefen Emotionen aus. (Barnow, 2008, S. 251ff)
Persönlichkeitsstörungen und Sucht	Gemäss Anne-Marit Langas et al. (2012) unterscheiden sich Personen mit einer Doppeldiagnose, Sucht und Persönlichkeitsstörung, von den Menschen mit „nur“ einer Persönlichkeitsstörung. Grundsätzlich weisen sie früher die ersten Suchtprobleme auf, sind jünger, haben mehr soziale Schwierigkeiten, konsumieren häufiger Suchtmittel und auch illegale Substanzen und verfügen über geringere psychosoziale Funktionsfähigkeiten. (zit. in Walter, 2014, S. 139) Luke Galen et al. (2000) bestätigt diese Aussagen und merkt an, dass auch der klinische Verlauf dieser Patientengruppe schlechter ist. Vor allem Klientinnen und Klienten mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung zeigen eine stärkere Beeinträchtigung in der Schwere der Sucht und bei der psychischen Problematik. (zit. in Walter, 2014, S. 139) Für Persönlichkeitsstörungen wird die höchste Komorbiditätsrate für affektive und Angststörungen sowie für Suchtstörungen genannt. Betroffene tragen oft schwerwiegende gesundheitliche Schäden durch die bei ihnen weit verbreitete Alkoholabhängigkeit davon. Denn Menschen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung weisen für Alkohol die höchste Komorbiditätsrate aus Die schwerste Konsequenz der Komorbidität Alkohol und Persönlichkeitsstörung ist suizidales Verhalten. (Barnow, 2008, S. 68ff)

4.1.6 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Hyperkinetische Störungen, zu welchen das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gehören, haben ihren Ursprung in der Kindheit und Jugend. Sie treten früh in der Entwicklung auf, in der Regel in den ersten fünf Lebensjahren. Neben dem frühen Beginn gehört die Kombination von überaktivem, wenig strukturiertem Verhalten mit deutlicher Unkonzentriertheit und mangelnder Ausdauer bei Aufgabenstellungen zu den Merkmalen einer hyperkinetischen Störung. Die beeinträchtigte Aufmerksamkeit und die Überaktivität sind die Kernsymptome. Begleitmerkmale wie

Distanzlosigkeit in sozialen Kontakten, Unachtsamkeit und Gleichgültigkeit in gefährlichen Situationen, sowie Missachtung sozialer Regeln gehören dazu. (Dilling, 2009) Im Erwachsenenalter kommen die Symptome Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität, Empfindlichkeit gegenüber Stress, Desorganisation, tiefer Selbstwert, geringe Frustrationstoleranz, Faszination von gefährlichen Aktivitäten (zum Beispiel Risikosportarten oder private Rennen im Verkehr) sowie Abhängigkeitsstörungen dazu.

Aus der bisher wichtigsten und am meisten zitierten Studie von Kessler et al. (2006) geht eine Prävalenzrate von 4,4 % von Erwachsenen mit einem ADHS hervor (zit. in Stieglitz, Elisabeth Nyberg & Hofecker Fallahpour, 2012, S. 9). Dies ist, nach Ansicht von Stieglitz, Nyberg und Hofecker Fallahpour (2012) eher eine konservative Schätzung (S. 10). Philip Asherson et al. (2007) weist deutlich darauf hin, dass viele von ADHS betroffene Personen unerkant bleiben (zit. in Stieglitz et al., 2012, S. 11).

Ein Grund dafür ist, dass die ADHS-Diagnose im Erwachsenenalter erst seit wenigen Jahrzehnten gestellt wird. Die Kriterien der Symptomatik orientieren sich noch heute an denen des Kindesalters. Darum ist es auch schwieriger, eine ADHS-Diagnose bei Erwachsenen zu stellen, als bei Kindern. (Eich-Höchli & Buri, 2007, S. 61)

Psychosoziale Auswirkungen von ADHS nach den fünf Säulen der Identität

Körper und Leiblichkeit	Wie Gerhard W. Lauth & Wolf-Rüdiger Minsel (2009) erklären, leiden Personen mit einem ADHS unter mangelnder Selbstkontrolle und haben Schwierigkeiten, ihre Emotionen und Motivation zu steuern (S. 37ff).
Arbeit und Leistung	Menschen mit einem ADHS erleiden häufiger Arbeitsplatzwechsel, Arbeitsplatzverlust und somit auch Arbeitslosigkeit, dies schliesst die Autorenschaft aus der Aussage von Stieglitz, Nyber und Hofecker Fallahpour (2012), dass Menschen mit einem ADHS häufig den Arbeitsplatz wechseln aus folgenden vielschichtigen Gründen: Es bestehen Schwierigkeiten, für längere Zeit die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten. Sie schätzen die zur Verfügung stehende Zeit oft falsch ein, treffen impulsive Entscheidungen im Hinblick auf die Arbeit, leiden unter Unaufmerksamkeit und Konzentrationsprobleme, haben Mühe, Dinge im Voraus zu planen, sind desorganisiert, leiden unter Schwierigkeiten, Probleme Aufgaben und Projekte zu beginnen und zu beenden und werden oft von Vergesslichkeit geplagt. (Stieglitz et al., 2012, S. 2) Auch Lauth und Minsel (2009) gehen von massiven Arbeitsplatzschwierigkeiten aus, da die Betroffenen unter Unkonzentriertheit leiden (S. 37), sie sind schwerer zu steuern, sie brauchen mehr Anleitung und Unterstützung und häufigere und genauere Rückmeldungen (S. 31). Zusätzlich werden Arbeiten aufgeschoben und Wichtiges wird ausgeblendet (S. 37).

<p>Soziales Netzwerk und Beziehungen</p>	<p>Menschen mit einem ADHS leben gemäss Lauth und Minsel (2009) eher alleine (S. 38) und haben öfters Schwierigkeiten in Paarbeziehungen. Wie unter Arbeit und Leistung schon erwähnt, schätzen sie die zur Verfügung stehende Zeit falsch ein und können grundsätzlich schlecht warten, bis sie an der Reihe sind und sind zum Beispiel ungeduldig beim Schlagenstehen. (Stieglitz et al., 2012, S. 2)</p>
<p>Materielle Sicherheit</p>	<p>ADHS Betroffene treffen impulsive Entscheidungen beim Geld ausgeben (Stieglitz et al., 2012, S. 2).</p>
<p>Werte und Normen</p>	<p>Erwachsene Personen mit einem ADHS sind oft blauäugig, vertrauen darauf, „dass es schon gut kommt“ und lassen sich zu schnellen Entscheidungen verleiten. (Lauth & Minsel, 2009, S. 14)</p>
<p>ADHS und Sucht</p>	<p>Das ADHS zu diagnostizieren, ist bei einer bestehenden Substanzstörung besonders schwierig. Vor allem, wenn beim Substanzkonsum keine Abstinenz erreicht werden kann. Auf der einen Seite leiden die Betroffenen mit einer Abhängigkeitsstörung unter einem beeinträchtigten Erinnerungsvermögen. Auf der anderen Seite macht es die fehlende ADHS-Diagnose als Kind fast unmöglich, den durch die ADHS-Symptome verursachten Beeinträchtigungsgrad bestimmen zu können. Die ADHS-Symptome können durch die Symptome des Substanzkonsums überdeckt werden, aber auch der Substanzkonsum führt häufig zu psychischen Symptomen wie zum Beispiel Depression oder Stimmungsschwankungen, die dem ADHS ähnlich sind. (Eich-Höchli & Buri, 2007, S. 61ff) Bei Suchterkrankungen kommt das ADHS relativ häufig vor. Wie bereits erwähnt, ist es eine Doppeldiagnose, die nach wie vor häufig übersehen wird, da die Symptome sehr ähnlich sind. (Stadler, Hofecker Fallahpour & Stieglitz, 2014, S. 130) Die Störungsbilder überlappen sich teilweise, zum Beispiel die Störung der Aufmerksamkeit (Eich-Höchli & Buri, 2007, S. 59). Das ADHS weist gemäss E. Jane Costello (2007) unumstritten einen grossen Risikofaktor für die Entstehung einer Suchtmittelabhängigkeit auf (zit. in Gouzoulis-Mayfrank, 2014, S. 194). Francis Rudnik-Levin (2001) bestätigt auch, dass Personen mit einer ADHS-Sucht-Komorbidität häufiger an aggressiven Impulsen, geringeren sozialen Hilfsmitteln und tiefem Selbstwertgefühl leiden (zit. in Edel & Vollmoeller, 2006, S. 123).</p>

4.2 Psychosoziale Folgen von Substanzstörungen

Die Auswirkungen von Substanzstörungen auf das Leben von betroffenen Menschen sind mannigfaltig. In Kapitel 2.1.2 hatte die Autorenschaft die Begriffe definiert. Bereits in den verschiedenen Kriterien für schädlichen Gebrauch (ICD-10) respektive Substanzmissbrauch (DSM-IV) und dem

Abhängigkeitssyndrom (ICD-10) respektive Substanzabhängigkeit (DSM-IV) ist eine gewisse Problematisierung ersichtlich. Das heisst, dass gewisse Kriterien für die Diagnosestellung auf von der Norm abweichendem Verhalten basieren. Nachfolgend werden verschiedene psychosozialen Folgen einer Substanzstörung aufgeführt. Wo die Literatur nicht ausreichend war, um generelle Aussagen zu den Folgen einer Sucht zu machen, erlaubte sich die Autorenschaft, auf Literatur zum Thema Alkoholabhängigkeit auszuweichen. Auf diesem Gebiet wurde am meisten geforscht und die psychosozialen Folgen dürften auch für andere Substanzen bezeichnend sein.

Rolf Bergmann (2003) führt aus, dass das Leben von Menschen mit problematischen Konsummustern häufig zu einer Aneinanderreihung von krisenhaften Lebenssituationen führt. Insbesondere zählt er folgende Schwierigkeiten auf: Familiäre Schwierigkeiten, Probleme am Arbeitsplatz, Schlägereien und andere Gewalt- und Zerstörungsdelikte, sowie körperliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen, wie auch psychische Folgeerscheinungen. Diese krisenhaften Entwicklungen können mit Fortschreiten der Abhängigkeit noch verstärkt und verdichtet werden, was zu Schulden, Arbeitsplatzverlust, Scheidung, Obdachlosigkeit und Verurteilungen führen kann. Bergmann nimmt dabei auch eine Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen vor und weist darauf hin, dass der Konsum der letztgenannten bereits per se problematisch ist. Laut seinen Aussagen wirkt sich der Substanzmissbrauch auf alle Ebenen sozialer Bindungen aus, egal, ob es das Elternhaus, die Schule, der Lehrbetrieb oder ein bestehendes Arbeitsverhältnis ist. (S. 506ff)

Psychosoziale Auswirkungen von Substanzstörungen nach den fünf Säulen der Identität

Körper und Leiblichkeit

Robert Northoff (2013) hat die Wirkungsweise und die Gefahren von illegalen Drogen zusammengestellt. Dabei unterscheidet er Cannabisprodukte, synthetische Drogen, Kokain und Opiate. Als Gefahren des Cannabiskonsums nennt er eine Erhöhung der Risikobereitschaft, das Nachlassen der Leistungsbereitschaft, die Verschiebung des Realitätsbewusstseins, Depression und Verkehrsuntüchtigkeit. Daneben kann die Hemmschwelle gegenüber anderen Drogen sinken. Für synthetische Drogen benennt er als Gefahren die unklare Rauschdauer, die undurchschaubaren Inhaltsstoffe, den Wechsel zwischen Depression und völlig übersteigertem Selbstwertgefühl, Auswirkungen auf das zentrale Nervensystem und körperlichen Gesundheitsschäden. Dem Kokainkonsum weist er eine psychische Abhängigkeit zu, ebenfalls die unklare Zusammensetzung und den Reinheitsgrad, Angst, Depression, Suizid, Delirium, Schlafstörungen, Verfolgungswahn und Erschöpfungszustände. Daneben benennt er erhebliche körperliche Schäden bis zum körperlichen Zerfall und mögliche, tödliche Atemlähmungen als Gefahren. Bei den Gefahren durch den Gebrauch von Opiatprodukten weist er explizit auf die physische und psychische Abhängigkeit hin, die unklare Stoffzusammensetzung und je nach Gebrauchsmuster, Infektionsgefahren (Spritzengebrauch) und körperliche Schäden, wie etwa Atemlähmungen. (S. 275)

<p>Arbeit und Leistung</p>	<p>Offensichtlich ist gemäss Renate Walter-Hamann (2003), dass Substanzstörungen zu Arbeitslosigkeit und umgekehrt führen kann. Walter-Hamann führt dazu weiter aus, dass durch die Arbeitslosigkeit materielle Beeinträchtigungen erfolgen, die die Betroffenen schliesslich an die Armutsgrenze führen. Arbeitslosigkeit oder Armut können verstärkend auf den Konsum und auf Abhängigkeitsprozesse wirken. (S. 50)</p> <p>Günter Rosenhagen (2000) erwähnt zu den Folgen der Sucht im psychosozialen Bereich, dass die Sucht zunehmend den Lebensmittelpunkt bildet. So wird das Leben um die Sucht herum organisiert. Dadurch verliert unter anderem der Arbeitsplatz an Bedeutung. Die Folge davon kann Arbeitslosigkeit sein. Menschen mit Substanzstörungen verlieren zunehmend auch die sozialen Fähigkeiten zur Lebens- und Krisenbewältigung. (zit. in Karlheinz Ortman, 2005, S. 77)</p>
<p>Soziales Netzwerk und Beziehungen</p>	<p>Im Manual Alkoholabhängigkeit erwähnt Johannes Lindenmeyer (2005) die schwere Belastung für alle Bezugspersonen der Betroffenen. Gemäss seinen Erläuterungen sprechen einige Autorinnen und Autoren deshalb auch von einer „Familienkrankheit“. Als Probleme benennt er unter anderem Unzuverlässigkeit, Vernachlässigung, emotionale Ausbrüche, Aggression und Gewalttätigkeit, sexuelle Übergriffe und Missbrauch, vermehrte Partnerschafts- und Familien-Konflikte, finanzielle Schwierigkeiten, drohende oder tatsächliche Arbeitslosigkeit und Notsituationen durch Alkoholintoxikation. (S. 17)</p> <p>Dass Partnerinnen und Partner von suchtkranken Menschen unter einer stärkeren Belastung als Menschen in funktionierenden Partnerschaften stehen, hält Michael Klein (2003) fest. Er bezeichnet diese Belastungen als Duldungs- und Katastrophenstress. Mit Duldungsstress meint er die Reaktionen von Menschen, die längere Zeit Bedingungen ausgesetzt sind, die sie nicht möchten und von denen sie das Gefühl haben, sie nicht ändern zu können. Als Katastrophenstress bezeichnet er die Situation von Menschen, die in Systemen leben, in denen oft unerwartete, scheinbar unberechenbare und oder auch traumatisierende Ereignisse passieren, die sie nicht kontrollieren können. (S. 381)</p> <p>Helmut Kuntz (2007) bezeichnet Drogen und Sucht als Beziehungssprengstoff. Die Folgen sind extreme Gefühle von untergründiger Spannung und Ambivalenz bis hin zu offenem Hass. Produziert werden für niemanden zu gewinnende Machtkämpfe, durch die alle Beziehungsangebote entwertet werden. (S. 54)</p>

<p>Materielle Sicherheit</p>	<p>Der Zusammenhang von Sucht und Armut wurde ausgiebig untersucht. Wie Walter-Hamann (2003) aber festhält, unterliegt dieser verschiedenen Deutungsmustern, die der Komplexität meist nicht gerecht werden. Es geht hier insbesondere darum, dass nicht explizit ein Kausalzusammenhang hergestellt werden kann, sondern die mögliche Entwicklung (in die Armut oder in die Sucht), von unzähligen, individuellen Faktoren abhängig ist. (S. 50)</p> <p>Axel Groenemeyer (2012) führt aus, dass Eigentumsdelikte eine wahrscheinliche Folge der Beschaffungsnotwendigkeit von Drogen auf illegalisierten Märkten sind. Dies erklärt er dadurch, dass die Abhängigkeit von harten Drogen zu einem sehr hohen finanziellen Mittelaufwand führt, der über legale Quellen kaum zu befriedigen ist. (S. 480)</p> <p>Christoph Glass (2003) erwähnt, dass für fast alle Abhängigen das Geld von zentraler Bedeutung ist. Denn nur Geld zu haben, bedeutet eine Befriedigung der Sucht. Über ausreichende Geldreserven zur Befriedigung der Sucht verfügen nur die allerwenigsten Abhängigen. (S. 478)</p>
<p>Werte und Normen</p>	<p>Bernd Dollinger und Henning Schmid-Semisch (2007) bezeichnen Sucht als fatalistisches Konzept. Dies leiten sie davon her, dass Süchtige oft als Unmündige gesehen und behandelt werden und sie dieses Bild übernehmen können. Damit lernen sie, sich im Zusammenhang mit der Sucht als fremdbestimmt und letztlich hilflos wahrzunehmen. Dabei entwickeln sie eine kognitive Erwartungsstruktur des Scheiterns. Und diese Struktur lässt den stabilen Selbstwirksamkeits- oder Kompetenzerwartungen im Hinblick auf die Steuerung des eigenen Drogenkonsums nur wenig Raum. (S. 332)</p> <p>Die Stigmatisierung von Menschen mit einer Doppeldiagnose oder chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA) ins Visier genommen hat Dirk R. Schwoon (2003). So erwähnt er, dass diese eingedeckt wurden mit Adjektiven wie abgebaut, depriviert, unmotiviert oder therapieresistent. Der neutralste Begriff war schwerstabhängig. (S. 94)</p> <p>Laut Kuntz (2007) beklagen junge Drogenkonsumenten und substanzabhängige Erwachsene ähnliche Symptome. So leiden sie an der Welt und an der Gesellschaft, in der sie ihren Platz nicht finden. Sie tragen Gefühle von innerer Leere, Ohnmacht, Hilflosigkeit, Resignation, Überforderung, Perspektivlosigkeit und Sinnlosigkeit mit sich (S. 37).</p>

4.3 Psychosoziale Folgen von Doppeldiagnose

In den vorherigen zwei Unterkapiteln wurden die psychosozialen Folgen der sechs häufigsten vorkommenden psychischen Störungen bei der Doppeldiagnose und der Substanzstörung erläutert.

Wie ersichtlich ist, leiden Betroffene einer psychischen Störung oder einer Substanzstörung bereits unter erheblichen psychosozialen Schwierigkeiten und die Chance, dass eine oder mehrere Säulen der Identität wanken oder eingeknickt sind, ist erheblich. Leiden Personen unter einer psychischen Störung und einer Substanzstörung, kann dies enorme Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen haben und die Einschränkungen sind weit umfangreicher, als wenn eine Person „nur“ unter einer Störung erkrankt. Auch Gouzoulis-Mayfrank (2007) bestätigt, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose mehr soziale Probleme haben als Menschen ohne komorbide psychische Störungen und generell sind sie häufig schwerer krank. Moggi und Donati (2004) erläutern, dass sich die beiden Störungen gegenseitig negativ beeinflussen und die bereits vorhandenen Symptome einer Störung durch die zweite Erkrankung verstärken (S. 11). Die Therapier- und Behandelbarkeit von Menschen mit einer Doppeldiagnose ist herausfordernder als wenn nur eine psychische Störung oder Substanzstörung vorliegt (Gouzoulis-Mayfrank, 2007). Gemäss Moggi und Donati (2004) haben sie schwierige Lebensumstände, eine tiefe Veränderungsmotivation und zusätzlich ist es eine Herausforderung, die Ressourcen von Betroffenen herauszuarbeiten (S. 37ff). Es ist deutlich festzuhalten, dass alle Betroffenen Ressourcen haben. Aufgrund der Thematik dieser Arbeit werden vor allem die Defizite durchleuchtet und nicht näher auf die vorhandenen Stärken und Ressourcen eingegangen.

In diesem Unterkapitel werden die „doppelten“ psychosozialen Folgen von Menschen mit einer Doppeldiagnose dargelegt. Dies geschieht anhand der Erkenntnisse aus der Analyse der sechs psychischen Störungen und der Substanzstörung und der vorhandenen Literatur. Dank der in den Kapiteln 4.1 und 4.2 durchgeführten Analysen zu den psychosozialen Folgen, sind die Aussagen aus der Literatur über die „doppelten Schwierigkeiten“ von Menschen mit einer Doppeldiagnose nachvollziehbar. Wie im vorherigen Kapitel werden auch diese Erklärungen anhand der fünf Säulen der Identität nach Petzold (1984) erläutert.

Psychosoziale Auswirkungen von Doppeldiagnose nach den fünf Säulen der Identität

Körper und Leiblichkeit	<p>Je nach psychischer Störung oder Suchtstörung leiden die Betroffenen unter vielfältigen gesundheitlichen Problemen. Das Ausmass vergrössert sich definitiv durch das Vorhandensein zweier Erkrankungen und oftmals verstärkt die Substanzstörung die Symptomatik der bereits vorhandenen psychischen Störung. Wie in Kapitel 3 festgehalten, beeinflussen sich die beiden Störungen und tragen zur Aufrechterhaltung der Erkrankung bei und die Voraussetzung für eine Chronifizierung der beiden Erkrankungen ist gegeben.</p> <p>Bezogen auf diverse durchgeführten Untersuchungen, vor allem im amerikanischen Sprachraum, wird bestätigt, dass Personen mit einer Dualdiagnose schwierigere Krankheitsverläufe aufweisen, eine höhere Rückfallquote haben, sich öfters in Kliniken/Spitälern aufhalten, zu Gewalt neigen und ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen (Moggi & Donati, 2004, S. 3). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Gouzoulis-Mayfrank (2008). Sie stellt fest, dass es Menschen mit einer Doppeldiagnose schwieriger haben als Personen mit nur einer Störung.</p>
--------------------------------	---

	<p>Sie weisen eine schlechtere Compliance aus sowie einen ungünstigeren Krankheitsverlauf, sind öfters in stationärer Behandlung und leiden unter häufigeren Rückfällen (zit. in Kenneth M. Dürsteler-MacFarland, Mari Prica & Marc Vogel, 2013, S. 73). Auch Drake und Brunette (1998) beschreiben die negativen Folgen der Doppeldiagnose mit erhöhten Raten von Rückfällen und Rehospitalisationen und der geringen Behandlungseinbindung (zit. in Mueser & Drake, 2007, S. 109). Werden Patientinnen und Patienten mit einer Doppeldiagnose nicht adäquat behandelt, ergibt sich oft ein ungünstiger Verlauf der beiden Störungen. Die Phasen der Verschlechterung und der Verbesserung wechseln sich ab und es kommt zu wiederholten Klinikaufhalten. Personen mit einer Substanz- und psychischer Störung nehmen auch häufiger und länger ambulante und stationäre Angebote in Anspruch als Klientinnen und Klienten mit nur einer Störung. (Moggi & Donati, 2004, S. 11) Personen mit einer Suchterkrankung und einer psychischen Störung brauchen eine andere Therapie als Personen die „nur“ unter einer psychischen Störung leiden. (Walter & Gouzoulis-Mayfrank, 2014, S. 9)</p>
<p>Arbeit und Leistung</p>	<p>Personen mit einer psychischen Störung haben, wie in Unterkapitel 4.1 ausgeführt, öfters Schwierigkeiten mit ihrer Leistung und ihrer Arbeit. Sie fehlen oft am Arbeitsplatz, können die verlangte Leistung nicht erbringen, erscheinen unzuverlässig, verlieren das Interesse an der Arbeit oder können sich nicht konzentrieren. Mit einer psychischen Erkrankung sind die Chancen auf dem Arbeitsmarkt geringer als ohne psychische Beeinträchtigung. Leiden die Betroffenen zusätzlich an einer Substanzstörung, erschwert sich die Arbeits- und Leistungssituation enorm, die Suchtsymptome kommen zusätzlich dazu. Moggi und Donati (2004) bestätigen, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose vermehrt unter beruflichen Schwierigkeiten leiden als Menschen mit nur einer Diagnose (S. 3) und vermehrt von Arbeitslosigkeit betroffen sind (S. 37).</p>
<p>Soziales Netzwerk und Beziehungen</p>	<p>Bei den erläuterten psychischen Störungen ist die Säule der sozialen Beziehungen enorm angeschlagen. Aus unterschiedlichen Gründen leben die Betroffenen häufig isolierter und verlieren ihre sozialen Kontakte. Kommt eine Suchtstörung dazu, wird diese Isolation nur noch verstärkt, da eine Substanzstörung oft mit belastenden Schamgefühlen behaftet ist. Sie leiden unter stressbelastenden Beziehungen und ihre soziale Integration ist erschwert. Das familiäre Umfeld ist enorm belastet und Paarbeziehungen enden oft in der Trennung. Moggi und Donati (2004) bestätigen, dass Personen mit einer Doppeldiagnose mehr unter familiären Schwierigkeiten leiden, als Menschen mit nur einer Diagnose und generell Beziehungsprobleme haben (S. 3). Auch Drake und Brunette (1998) erwähnen als negative Folgen einer Doppel-</p>

	<p>diagnose die familiären Belastungen (zit. in Mueser & Drake, 2007, S. 109). Auf die Dauer sind die Beziehungen zu Personen wie Partnerinnen und Partnern, Verwandten, Freunden, Bekannten, aber auch zu Arbeitgebenden und Vermieterinnen und Vermietern unausgewogen und schwierig. Die privaten Beziehungen beruhen nicht mehr auf Gegenseitigkeit.</p>
<p>Materielle Sicherheit</p>	<p>Der häufige Arbeitsplatzverlust und die Finanzierung der Suchtmittel führen oftmals zu finanziellen Engpässen von Doppeldiagnose-Betroffenen. Sind diese von Sozialhilfe abhängig, kommt es öfters zu Schwierigkeiten mit dem Sozialamt. Es wird mit Kürzungen gedroht, wenn die Person keine Arbeitsstelle annimmt. Dass dies aufgrund der gesundheitlichen Problematik oftmals nicht möglich ist, wird ausser Acht gelassen. Durch längere Erkrankungen und Abwesenheit vom Arbeitsplatz sind öfters Sozialversicherungen involviert. Betroffene von einer Doppeldiagnose kommen zum Beispiel mit der Krankentaggeldversicherung, dem RAV oder der IV in Kontakt. Die Ansprüche geltend zu machen, bedeutet für sie eine grosse Herausforderung. Zusätzlich haben Erkrankte Schwierigkeiten, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen und daraus entstehen weitere Probleme. Das Vorhandensein von finanziellen Engpässen von Menschen mit einer Doppeldiagnose bestätigen auch Moggi und Donati (2004, S. 3 und S. 37). Zusätzlich führen Drake & Brunette (1998) aus, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose häufiger von Obdachlosigkeit betroffen sind (zit. in Mueser & Drake, 2007, S. 109).</p>
<p>Werte und Normen</p>	<p>Gehäuft leiden Betroffene von psychischen Störungen und einer Suchtstörung unter einem geringen Selbstwertgefühl, kritisieren sich selbst stark und es fehlt an positiven Lebenserfahrungen. Die eigene und die fremde Stigmatisierung ist enorm und bedeutet für die Betroffenen einen extremen Leidensdruck. Viele Doppeldiagnoseklientinnen und -klienten verfügen über keine oder negative Zukunftsperspektiven (Moggi & Donati, 2004, S. 37). Durch die belastenden Gesundheitsprobleme sind oftmals statusbestimmende Merkmale wie Bildung, Beschäftigung und Einkommen angeschlagen. Die soziale Position der Betroffenen ist dementsprechend tief und entspricht nicht den Vorstellungen der erkrankten Person.</p>
<p>Generelle Schwierigkeiten von Menschen mit einer Doppeldiagnose</p>	<p>Schwoon (1992) fasst die besonderen Schwierigkeiten im Vergleich zu Personen mit nur einer Diagnose wie folgt zusammen (S. 136):</p> <p>Entwicklungsdefizite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abbruch Schul- und Berufsausbildungen - Häufiger Arbeitsplatzwechsel - Schwierige Familienverhältnisse

	<p>Lebenspraktische Defizite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unzureichende Körperpflege - Schwierigkeiten mit Alltagsproblemen - Herstellung und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte bedeuten eine Herausforderung <p>Kognitive Defizite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negatives Selbstbild - Eigene Erfolge werden oft unterschätzt und Misserfolge überbewertet <p>Emotionale Defizite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eigene Gefühle werden nicht erkannt und akzeptiert - Einfühlvermögen gegenüber anderen Menschen ist unterentwickelt <p>Krausz (1994) stellte schon vor 20 Jahren fest, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose unter gravierenden psychosozialen Folgen leiden. Es tritt häufig ein dissoziatives Verhalten auf, Betroffene äussern verbale Feindseligkeiten und verhalten sich kriminell. Sie leiden unter Suizidalität, haben mehr Schwierigkeiten, die praktischen Aspekte des Lebens zu bewältigen, leben öfters in unbeständigen Wohnverhältnissen und sind häufiger obdachlos. Sie sind meistens behandlungsunwilliger oder gegen die Behandlung, haben grösstenteils keinen Kontakt mit psychiatrischen und therapeutischen Personen, werden häufiger in Kliniken eingewiesen und es kommt vermehrt zu Behandlungsabbrüchen.</p> <p>Bei Menschen mit einer Doppeldiagnose sind Voraussetzungen, welche die Gesellschaft als wichtig bezeichnet, nicht gegeben. Die Gesundheit ist nicht intakt, das Wohlbefinden ist angeschlagen und die soziale Integration ist gefährdet. (Kaspar Geiser, 2013, S. 81)</p> <p>Es ist deutlich erkennbar, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose grösstenteils unter gravierenderen Alltagsschwierigkeiten leiden, als Personen mit „nur“ einer Störung. Meistens ist ein grosses Helfernetz involviert und die Betroffenen werden von diversen Stellen unterstützt. Die Zusammenarbeit, oftmals unter verschiedenen Professionen, ist intensiv und aufwendig, das Betreuungsnetz ist gefordert.</p>
<p>Auswirkungen auf die Gesellschaft</p>	<p>Doppeldiagnose Patientinnen und Patienten nehmen häufiger Einrichtungen des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems in Anspruch als Patientinnen und Patienten ohne Komorbidität (Moggi, 2007a, S. 17). Doppeldiagnoseklientinnen und -klienten haben Auswirkungen auf das gesamte</p>

	<p>Gesundheitssystem, da die Therapie höhere Kosten verursacht als bei Menschen ohne komorbide psychische Störungen (Walter & Gouzoulis-Mayfrank, 2014). Wird die Doppeldiagnose erkannt und die Betroffenen entsprechend behandelt, können die Kosten tiefer gehalten werden, da schon früh die richtige Therapieform bestimmt werden kann. Auch eine Chronifizierung der verschiedenen Erkrankungen kann so mit grösserer Wahrscheinlichkeit abgewendet werden.</p>
--	---

4.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden die psychosozialen Folgen der sechs häufigsten psychischen Störungen im Zusammenhang mit einer Doppeldiagnose aufgezeigt und die psychosozialen Folgen einer Substanzstörung erläutert. Anschliessend hat die Autorenschaft anhand eines Vergleiches dieser psychosozialen Herausforderungen mit derjenigen einer Doppeldiagnose erklärt, weshalb diese Auswirkungen bei Menschen mit einer Doppeldiagnose weit umfangreicher sind, als bei Menschen mit „nur“ einer Störung. Es hat sich dabei gezeigt, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose mehr soziale Probleme haben als Menschen ohne komorbide psychische Störungen und generell häufig schwerer krank sind. Die Krankheitsverläufe sind ungünstiger, die Rückfallquote ist höher. Oft beeinflussen sich die beiden psychischen Störungen negativ und/oder verstärken sich gar. Von einer Doppeldiagnose Betroffene haben enorme Schwierigkeiten, konstante Leistungen zu erbringen, was ihnen auch auf dem Arbeitsmarkt sehr hinderlich ist. Sie sind öfter von Arbeitslosigkeit betroffen, als Menschen mit nur einer psychischen Störung. Es wurde auch bestätigt, dass Personen mit einer Doppeldiagnose vermehrt unter familiären Schwierigkeiten und sozialer Isolation leiden als Menschen mit nur einer Diagnose. Grosse Herausforderungen stellen sich Menschen mit einer Dualdiagnose auch bezüglich der materiellen Sicherheit. Aufgezeigt wurden in diesem Kapitel auch Entwicklungsdefizite, lebenspraktische, kognitive und emotionale Defizite, die bei von einer Doppeldiagnose Betroffenen ausgeprägter sind als bei Menschen ohne komorbide Störungen. Abschliessend wurde auch erklärt, dass die Erkennung und adäquate Behandlung von Menschen mit einer Doppeldiagnose hilft, Kosten zu sparen und Leid zu mindern.

5 Soziales Problem

Im vorangehenden Kapitel wurde mit Vergleichen erklärt, weshalb Menschen mit einer Doppeldiagnose unter komplexeren Schwierigkeiten leiden, als Menschen mit nur einer oder keiner psychischen Störung. Explizit wurden die psychosozialen Folgen einer Doppeldiagnose aufgezeigt und damit auch Hinweise auf die möglichen sozialen Probleme geliefert. Doch was sind die sozialen Probleme von Menschen mit einer Doppeldiagnose? Was bedeutet das für Betroffene? Und was heisst das für die Soziale Arbeit? Diese Fragen sollen in diesem Kapitel beantwortet werden. Dazu werden die Herausforderungen aus einer neuen Perspektive beleuchtet und analysiert und mit dem Auftrag der Sozialen Arbeit verknüpft. Dazu dient Staub-Bernasconis Modell von Ausstattung,

Austausch und Macht. Aufgrund dieser Erkenntnisse werden schlussendlich die Konsequenzen für die Soziale Arbeit abgeleitet.

5.1 Soziales Problem als Auftrag der Sozialen Arbeit

Soziale Probleme können auf verschiedenen Ebenen angesiedelt sein und auch von verschiedenen Seiten betrachtet und begründet werden. Staub-Bernasconi (1983) benennt die sozialen Probleme als Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit. Sie geht weiter davon aus, dass die Soziale Arbeit eine gesellschaftliche Antwort auf die sozialen Probleme in der Gesellschaft ist. (zit. in Ernst Engelke, Stefan Borrmann & Christian Spatscheck, 2009, S. 452). Gemäss Staub-Bernasconi (2007) kann das soziale Problem, auch Anlassproblem genannt, von den Betroffenen oder von gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteuren eingebracht und formuliert werden. Sozialarbeitende beschreiben anschliessend das soziale Problem in sozialdiagnostischen Begriffen. Soziale Probleme sind Aussagen über Fakten. Fakten, die bei den Betroffenen von aussen sichtbar sind betreffend menschlichem Leid und Not, aber auch Aussagen über das, was die Betroffenen als ihre Leiden und Nöte bezeichnen, auch dies gilt als soziales Problem. Soziale Probleme sind somit Probleme von Individuen, aber auch Probleme der Sozialstruktur. (S. 181ff)

Gemäss Werner Obrecht (2005) sind soziale Probleme ein Paket von praktischen Problemen, welche sich für ein Individuum ergeben. Dem Individuum geht es um die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse, das Streben nach einer befriedigenden Form der Einbindung in die sozialen Systeme und Umgebung. (zit. in Staub-Bernasconi, 2007, S. 182) Das heisst, soziale Probleme liegen dann vor, wenn eine Person ihre Bedürfnisse nicht befriedigen kann, da sie nur unbefriedigend in das soziale System eingebunden ist (Staub-Bernasconi, 2007, S. 182). Geiser (2013) sagt, Bedürfnisse seien Indikatoren für biologische, psychische und soziale Werte, das heisst, sie zeigen Sollzustände an. Abweichungen davon geben Hinweise auf mögliche Probleme beim Menschen. (S. 56) Obrecht (1996) unterscheidet zwischen biologischen, biopsychischen und biopsychosozialen Bedürfnissen. Unter den biologischen Bedürfnissen versteht er unter anderem das Bedürfnis der physischen Integrität, das Bedürfnis nach Stoffwechsel (Luft, Wasser etc.). Bei den biopsychischen Bedürfnissen nennt er neben den elementaren Bedürfnissen das Bedürfnis nach subjektivem Sinn, das Kontroll- und Kompetenzbedürfnis. Bei den biopsychosozialen Bedürfnissen führt er das Liebesbedürfnis, das Hilfsbedürfnis, das Mitgliedschaftsbedürfnis, sowie das Bedürfnis nach Autonomie, nach sozialer Anerkennung und nach Gerechtigkeit (Austausch-Gerechtigkeit) auf. Dabei sind die unterschiedlichen Bedürfnisse ungleich „elastisch“. Die Möglichkeit, ein Bedürfnis aufzuschieben oder eben nicht, gibt der Person, die die Ressourcen zur Bedürfnisbefriedigung hat, eine Quelle von Macht. (S. 144ff)

Nach Staub-Bernasconi müssen die Menschen lernen, Lösungen zu suchen, wenn sie Probleme mit der Bedürfnisbefriedigung und der Wunscherfüllung in ihrem Leben haben. Sollten sie keine Problemlösung kennen oder keinen Zugang zu angemessenen Ressourcen haben, kann sich daraus ein soziales Problem ergeben. (Engelke et al., 2009, S. 452)

Die verschiedenen Ebenen des sozialen Problems bezeichnet Staub-Bernasconi (2007) als individuelle Ausstattungsprobleme, problematische Austauschbeziehungen und soziale Machtproblematiken (S. 183ff).

Ausstattungsproblem

Bei den Ausstattungsproblemen handelt es sich um Problembeschreibungen des Individuums, um seine Schwierigkeiten mit der Teilhabe an der Gesellschaft und den Zugriff auf eigene Ressourcen. Die Leiden und die Nöte hängen mit den psychischen, medizinischen, sozialen und kulturellen Ressourcen einer Gesellschaft zusammen. Diese Schranken erschweren oder verunmöglichen dem Individuum das individuelle Wohlbefinden und es ist unmöglich, die eigenen Bedürfnisse mit eigener Anstrengung befriedigen zu können und das eigene Lernpotential zu entfalten. (Staub-Bernasconi, 2007, S. 183)

Die individuellen Ausstattungsprobleme können sich gemäss Staub-Bernasconi (2007) zum Beispiel auf Hunger, Krankheit, Behinderung oder Gewalt (auch Selbstverletzung) und vor allem die psychischen und sozialen Folgen daraus beziehen. Eine mangelnde soziale Integration, zum Beispiel tiefes Bildungsniveau, Arbeitslosigkeit, geringes Einkommen, kann entstehen durch die mangelnde soziökonomische Ausstattung. Durch beschränkte soziale Mitgliedschaften können soziale Isolation oder Ausschluss aus sozialen Systemen entstehen. Verzerrte Selbst-, Fremd- und Gesellschaftsbilder und die Verletzung des Bedürfnisses nach Zielen, Sinn im Leben, Erfüllung oder nach sozialer Anerkennung sind weitere Ausstattungsprobleme. (S. 181)

Austauschproblem

Soziale Austauschprobleme entstehen durch asymmetrische, ungerechte Beziehungen im Zusammenhang zwischen gleichgestellten Individuen. Austauschbeziehungen, das heisst soziökonomische und andere Ressourcen wie Kompetenzen, Wissen, Güter und Beziehungen werden zu einem Tauschmittel. Unausgeglichene Austauschbeziehungen, also ein asymmetrisches Geben und Nehmen, wird nicht wieder geebnet. Aus dieser ungleichen Tauschsituation können Abhängigkeiten entstehen. Es wird zu einem Problem, wenn die Austauschprozesse zum Nachteil eines Tauschpartners entstehen. Diese Problematiken können sich auf verschiedene Bereiche auswirken. (Staub-Bernasconi, 2007, S. 184) Austauschprobleme sind horizontale Organisationsprinzipien (Engelke et al., 2009, S. 455).

Beispiele für problematische Austauschbeziehungen sind nach Staub-Bernasconi (2007) unfairen Tausch von Ressourcen, unbefriedigende sexuelle Beziehungen oder sexuelle Gewalt, beeinträchtigte oder verhinderte gemeinsame Wahrnehmungs-, oder Reflexionsprozesse oder auch die Verletzung des Bedürfnisses nach Bestätigung von Leistung durch beeinträchtigte oder verhinderte Kooperationsprozesse. (S. 184)

Machtproblem

Soziale Machtprobleme sind Probleme, die auf der Ebene von Abhängigkeitsbeziehungen entstehen. Individuen sind Mitglieder von sozialen Systemen. Es sind Unrechtserfahrungen, welche die Betroffenen individuell oder kollektiv erleben und zwar durch soziale Regeln der sozialen Systeme.

Auf der individuellen Ebene handelt es sich um Schwierigkeiten der Machtlosigkeit. Die Betroffenen sind handlungsunfähig in Abhängigkeitsbeziehungen, sie können sich nicht aus solchen Verbindungen lösen, da die nötige Ausstattung fehlt und zur Handlungsunfähigkeit führt. (Staub-Bernasconi, 2007, S. 184) Die Öffnung zu den unterschiedlichen Ressourcen und Teilsystemen wie zum Beispiel Familie, Bildung, Politik, ist eingeschränkt, da sie nicht nur vom Individuum und dessen Bedürfnissen und Begabungen abhängig ist, sondern auch von der Verfügbarkeit der Machtquellen. Machtprobleme sind vertikale Organisationsprinzipien (Engelke et al., 2009, S. 455).

Durch solche Machtbeziehungen wird die Ausstattungsebene von Individuen zur Machtquelle, was gemäss Staub-Bernasconi (2007) bedeuten kann, dass der Körper zur Machtquelle wird, zum Beispiel durch Hungerstreik. Geld, Bildung, Kapital, Beruf können zu soziökonomischen Machtquellen werden. Organisationsmacht kann durch soziale Zugehörigkeit und Mitgliedschaften entstehen. Zur Artikulationsmacht können Erkenntniskompetenzen inklusive Sprache und Kompetenz führen. (S. 185)

Diese Ausführungen zeigen, dass soziale Probleme auf der individuellen (Ausstattung), aber auch auf der horizontalen (Austausch) und vertikalen (Macht) Ebene anzusiedeln sind. Je nach Ebene kommen die sozialen Probleme unterschiedlich zum Ausdruck.

5.2 Soziales Problem von Menschen mit Doppeldiagnose

Die nachfolgende Tabelle fasst die in Kapitel 4 ausgeführten psychosozialen Folgen beim Individuum zusammen und analysiert die sozialen Systeme bzw. die entsprechenden Beziehungen von Menschen mit einer Doppeldiagnose auf der individuellen, der horizontalen und auf der vertikalen Ebene.

Ausstattungsprobleme

<p>Wertbeschreibung beim Individuum</p>	<p>Nach Staub-Bernasconi (2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> - körperliche und psychische Gesundheit, Behinderung - bedürfnisgerechte Teilhabe an Ressourcen - Gesellschaftliche be- oder verhinderte Entwicklung - Identitätssicherheit, Orientierung - Handlungsfreiheit, Wirksamkeit - Teilnahme an Beziehungen
<p>Problembeschreibung bei Menschen mit Doppeldiagnose</p>	<p>Auf Basis der psychosozialen Folgen</p> <p>Neben der angeschlagenen psychischen Gesundheit sind Doppeldiagnose-Patientinnen und -Patienten auch körperlich beeinträchtigt. Sie leiden an schwachen bis sehr starken körperlichen Beschwerden und belastenden Schamgefühlen. Je nachdem, welche Substanzen konsumiert werden, sind die gesundheitlichen Auswirkungen auf den Körper gering bis verheerend. Die schwieri-</p>

	<p>gen Krankheitsverläufe und die erhöhte Rückfallquote beeinflussen den Krankheitsverlauf ungünstig. Bei allen erläuterten Krankheitsbildern gemeinsam ist, dass die Menschen sich vermehrt sozial zurückziehen und deshalb auch wenig soziale Anerkennung haben. Sie leiden unter problembehafteten Beziehungen. Auch finden sich bei allen Störungsbildern Probleme in der Partnerschaft. Ebenfalls zeigt sich bei allen beschriebenen Störungen, dass die Betroffenen vermehrt aus dem Arbeitsleben ausgeschlossen werden oder sich „freiwillig“ ausschliessen. Mit der Arbeitslosigkeit geraten die Klientinnen und Klienten in finanzielle Nöte und werden vom Sozialversicherungssystem abhängig. Die Menschen finden nicht mehr alleine aus ihren Problemen heraus und haben demnach wenig Handlungskompetenzen. Neben den konfliktbehafteten Beziehungen leiden die Betroffenen allgemein unter beeinträchtigten Interaktions- und/oder Beziehungschancen. Sie sind eingeschränkt, Mitgliedschaften einzugehen, Beziehungen aufzubauen und zu pflegen und können bestimmte soziale Rollen nicht übernehmen. Strukturell gesehen, haben sie wenig Einfluss in Beziehungen. Die Folge davon kann soziale Verachtung und soziale Isolation sein.</p>
<p>Verletzte Bedürfnisse / Soziales Problem</p>	<p>Verletzte Bedürfnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - physische und psychische Gesundheit - existenzsichernde Güter - wahrnehmungsgerechte und sensorische Stimulation - Sinn, subjektiv relevante Ziele, soziale Anerkennung, Zugehörigkeit und Akzeptanz - Teilhabe an der Gesellschaft - Fertigkeiten zur Bewältigung der Situationen - sozialkulturelle Zugehörigkeit <p>Menschen mit einer Doppeldiagnose haben in der Regel hohe Ausstattungsdefizite.</p>
<p>Austauschprobleme</p>	
<p>Wertbeschreibung beim Individuum</p>	<p>Nach Staub-Bernasconi (2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperliche Lust - Austausch mit anderen Menschen, Gütern, Wissen, Kompetenzen - Tauschgerechtigkeit, Nächstenliebe - Gegenseitigkeit und Gleichwertigkeit

<p>Problembeschreibung bei Menschen mit Doppeldiagnose</p>	<p>Auf Basis der psychosozialen Folgen</p> <p>Durch die soziale Isolation haben Menschen mit einer Doppeldiagnose weniger Zuwendung und Liebe aus ihrem sozialen Umfeld. Ihr Verhalten wirkt sich auf ihr Umfeld aus und sie haben öfters Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen. Häufig leben sie ungewollt ohne Lebenspartnerin, ohne Lebenspartner. Da immer eine Suchterkrankung zur psychischen Störung dazu kommt, wird die Belastung für das Umfeld und die Bezugspersonen der Betroffenen oft als sehr schwer wahrgenommen. Die scheinbar unberechenbare Art der Betroffenen setzt das Umfeld einer ständigen Ungewissheit aus, die Zündstoff für Konflikte beinhaltet. Durch die Suchtproblematik, die zunehmend zum Lebensmittelpunkt werden kann, wird es für die Betroffenen schwierig, ihren Arbeitsbemühungen nachzukommen. Dadurch müssen sie mit Kürzungen bei den Sozialversicherungsleistungen rechnen. Da sie aus dem Arbeitsmarkt fallen, erhalten sie auch keine Anerkennung für ihre Leistungen. Je chronischer ihre Krankheit wird, desto einseitiger werden ihre Beziehungen. Auf die Dauer sind die Beziehungen zu Personen wie Partnerin, Partner, Verwandten, Freunden, Bekannten, Kolleginnen und Kollegen, unausgewogen und das Geben und Nehmen nicht mehr gegenseitig oder gleichwertig. Die Vorurteile, mit denen psychisch Erkrankte zu kämpfen haben, verhindern ihren Inklusionsprozess. Menschen mit einer Doppeldiagnose leiden doppelt darunter. Auf die Dauer ist auf der horizontalen strukturierten Beziehungsebene wenig oder keine Gegenseitigkeit respektive Gleichwertigkeit mehr da.</p>
<p>Verletzte Bedürfnisse / Soziales Problem</p>	<p>Verletzte Bedürfnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexuelle Aktivität und physische Integrität - Austauschgerechtigkeit - Emotionale und kognitive Zuwendung - Respekt, Liebe, Anerkennung - Anerkennung von Leistung <p>Menschen mit einer Doppeldiagnose haben problematische Austauschprobleme. Diese sind oft asymmetrisch.</p>
<p>Machtprobleme</p>	
<p>Wertbeschreibung beim Individuum</p>	<p>Nach Staub-Bernasconi (2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gerechte Verteilung von Gütern, Kapital wie zum Beispiel Bildung, Fairness

	<ul style="list-style-type: none"> - Zugang zu Ressourcen und zu Teilsystemen der Gesellschaft - Diskriminierung/Privilegierung
<p>Problembeschreibung bei Menschen mit Doppeldiagnose</p>	<p>Auf Basis der psychosozialen Folgen</p> <p>Menschen mit Doppeldiagnose ziehen sich sozial zurück. Sie leben öfters alleine, sind häufiger ohne Arbeit und das entsprechende Umfeld. Sie bewegen sich weniger in Vereinen. Durch ihr nicht konformes Sozialverhalten ecken sie eher an und haben weniger Artikulationsmacht. Sie sind dadurch weniger in der Lage, Beziehungen zu Personen wie Eltern, Kindern, Arbeitgebenden, Vermieterinnen und Vermietern, Gläubigern, Schuldner, Behörden, staatliche Verwaltung usw. zu beeinflussen oder übliche Ansprüche (zum Beispiel Sozialversicherungen) durchzusetzen oder eine adäquate Behandlung ihrer Krankheit zu fordern. Demzufolge haben sie einen erschwerten Zugang zu gesellschaftlich vorhandenen Gütern und können somit ihre Bedürfnisse nicht befriedigen. Sie erhalten weniger Informationen und verringern dadurch ihren Einfluss. Entsprechend sind ihre Handlungskompetenzen eingeschränkt. Durch ihr Abseitsstehen in den verschiedenen Lebensfeldern sind die strukturelle Position und die Interaktionschancen von Menschen mit einer Doppeldiagnose erschwert oder gar behindert. Auf der vertikalen Ebene haben sie wenige Möglichkeiten, sich für ihre Anliegen und Bedürfnisse einzusetzen und ihre Ansprüche und Leistungen zu fordern und durchzusetzen.</p>
<p>Verletzte Bedürfnisse / Soziales Problem</p>	<p>Verletzte Bedürfnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verteilungsgerechtigkeit - Emanzipation - Demokratie, Gewaltlosigkeit <p>Menschen mit einer Doppeldiagnose haben wenig Zugang zu individuellen Machtquellen und entsprechend weniger Interaktionschancen.</p>

5.3 Konsequenzen für die Soziale Arbeit

In diesem Kapitel ist eindeutig ersichtlich, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose in der Regel hohe Ausstattungs- und Austauschdefizite haben sowie weniger Zugang zu individuellen Machtquellen aufweisen. Sie leiden unter vielschichtigen sozialen Problemen. Diese Vielschichtigkeit ergibt sich aus der Kombination der psychischen Störung und der Suchtstörung. Durch die Doppeldiagnose sind die Gesundheit und das Wohlbefinden der betroffenen Personen oft stark beeinträchtigt und die

soziale Integration gefährdet. Die betroffene Person kann ihre Bedürfnisse auf der Ausstattung-, Austausch- und Machtebene nur schwer oder nicht mehr selber erfüllen. Das soziale Problem ist offensichtlich und die Soziale Arbeit ist geradezu prädestiniert, sich einzumischen und zu agieren. Mit dem Wissen der verschiedenen Bezugswissenschaften ist die Soziale Arbeit auch qualifiziert, diese heterogene Problematik anzugehen.

Die Soziale Arbeit ist nicht nur prädestiniert und qualifiziert, sie ist auch gemäss Berufskodex, Art. 4 Abs. 1, verpflichtet, Menschen zu unterstützen, ihre existentiellen Bedürfnisse zu befriedigen, ihre Integrität zu stärken und die Integration in ein soziales Umfeld zu ermöglichen (AvenirSocial, 2010, S. 6).

Der Berufskodex legt die ethischen und moralischen Richtlinien für das berufliche Handeln der Sozialen Arbeit dar. Verschiedene Artikel im Berufskodex weisen darauf hin, dass die Soziale Arbeit verpflichtet ist, Menschen mit einer Doppeldiagnose zu unterstützen. Art. 5 Abs. 4 hält fest: „Soziale Arbeit hat Lösungen für soziale Probleme zu erfinden, zu entwickeln und zu vermitteln.“ Abs. 6 beschreibt, dass es Aufgabe der Sozialen Arbeit ist, soziale Notlagen von Personen und Gruppen zu lindern. (AvenirSocial, 2010, S. 6)

Menschen mit einer Suchtstörung und einer psychischen Störung können, wie in Kapitel 4 ausgeführt, ihren Lebensalltag nur unter erschwerten Bedingungen bestreiten. Verschiedene Säulen ihrer Identität sind angeschlagen oder sogar vollumfänglich eingeknickt. Folglich sind Personen mit einer Doppeldiagnose in der Befriedigung von menschlichen Bedürfnissen beeinträchtigt und auf Unterstützung angewiesen. Zusätzlich leiden Personen mit einer Doppeldiagnose fast ausnahmslos unter sozialer Isolation und unter schwierigen sozialen Beziehungen. Die Soziale Arbeit ist deshalb gefordert, die Betroffenen in diesem Bereich zu unterstützen. Gemäss Berufskodex Art. 4 Abs. 1, haben alle Menschen das Recht, ihre lebensnotwendigen Bedürfnisse nach Integrität und Einbezug in ein soziales Umfeld zu befriedigen. Zusätzlich verpflichtet sich die Soziale Arbeit, Personen zu unterstützen, die vorübergehend oder dauernd eingeschränkt sind an der Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen (Art. 5 Abs. 3). Ein Ziel der Sozialen Arbeit ist, die gegenseitige Unterstützung der Menschen untereinander und die soziale Integration, Art. 5 Abs. 2. (AvenirSocial, 2010, S. 6) Auch Geiser (2013) führt aus, dass sich die Soziale Arbeit mit Schwierigkeiten von sozialen Systemen respektive mit Beziehungsproblemen befasst, wenn die physisch-ökonomische Existenzsicherung gegeben ist. Sie unterstützt Betroffene, schafft Möglichkeiten und begleitet Individuen dabei, soziale Kompetenz zu erlangen. Zusätzlich begleitet sie belastende Beziehungen und wirkt auf einen konstruktiven Verlauf des Auflösungsprozesses ein, um die soziale Integration wieder herzustellen. (S. 76)

Menschen mit einer Doppeldiagnose sind schwerer therapierbar und brechen die Therapien öfters ab als Menschen mit nur einer Diagnose. Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es, die Betroffenen dabei zu unterstützen, die nötige Hilfe anzunehmen. Schliesslich hält der Berufskodex in Art. 5 Abs. 6 fest, die Soziale Arbeit begleitet, betreut und unterstützt Personen in deren Entwicklung, fördert und stabilisiert sie. (AvenirSocial, 2010, S. 6).

Wie in Kapitel 2.2.3 dargelegt, unterstützt und begleitet die Soziale Arbeit das Klientel in den verschiedenen Arbeitsfeldern. Entsprechend oft kommt sie mit Menschen mit einer Doppeldiagnose in Kontakt. Unumstritten kann die Soziale Arbeit einen wichtigen Beitrag leisten, um das Leiden der Betroffenen zu lindern oder gar zu verhindern. Der Autorenschaft erscheint es wichtig, die Gesamtsituation der Betroffenen zu berücksichtigen und in allen notwendigen Bereichen zu agieren. Es muss genau geklärt werden, wie die Klientinnen und Klienten nachhaltig unterstützt und begleitet werden können. Um die gehäufte Problematik adäquat bearbeiten zu können, ist eine Zusammenarbeit mit benachbarten Berufsfeldern unerlässlich (Hiltrud von Spiegel, 2013). Die Frage, ob die Soziale Arbeit mit anderen Berufsdisziplinen zusammenarbeiten möchte, stellt sich nicht, denn sie verpflichtet sich dazu bereits gemäss dem Berufskodex. In diesem wird festgehalten, dass Sozialarbeitende, im Hinblick auf komplexe Probleme, interdisziplinär kooperieren und sich für eine optimale Lösung einsetzen (Art. 16). Grundsätzlich sind Professionelle der Sozialen Arbeit gefordert, sich in unterschiedlichen Sparten einzusetzen, das heisst, sich in verschiedenen Arbeitsfeldern, ungleichen Organisationsebenen und unterschiedlichen Sektoren zu engagieren (Art. 6 Abs. 1). Menschen mit einer Doppeldiagnose verfügen in der Regel über ein grosses Helfernetz, da ist es wichtig, dass die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Helferinnen und Helfer funktioniert, abgestimmt und wirkungsvoll ist. Im Berufskodex ist unter Art. 14 Abs. 1 festgehalten, dass sich die Soziale Arbeit engagiert und vernetzt, die vorhandenen Netzwerke nutzt. (AvenirSocial, 2010, S. 6ff)

In nachfolgender Darstellung sind die wichtigsten Aussagen zusammengefasst:

Konsequenzen für die Soziale Arbeit in der Arbeit mit Doppeldiagnose Klientinnen und Klienten

- Existentielle Bedürfnisse befriedigen
- Integrität stärken
- Integration in soziales Umfeld ermöglichen
- Lösungen für soziale Probleme erfinden, entwickeln und vermitteln
- Soziale Notlage lindern
- Unterstützung bei der Erlangung von sozialen Kompetenzen
- Betreuen und Unterstützen in der Entwicklung
- Interdisziplinär kooperieren und für eine optimale Lösung einsetzen
- Einsatz in verschiedenen Arbeitsfeldern
- Vorhandene Netzwerke nutzen

Nach diesen Ausführungen ist es mehr als deutlich, dass die Soziale Arbeit einen Handlungsauftrag bei der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose hat. Wie die Soziale Arbeit diesen Auftrag bewerkstelligen kann, wird im nächsten Kapitel erläutert.

6 Handlungsauftrag an die Soziale Arbeit

In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden, was die Soziale Arbeit in der Beratung und Betreuung von Dualdiagnose Betroffenen leisten kann und mit welchen Methoden Professionelle arbeiten können. Anschliessend werden zwei Instrumente erläutert, die sich nach Auffassung der Autorenschaft für die Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose nicht nur hervorragend eignen, sondern geradezu aufdrängen.

Die Soziale Arbeit ist eine Profession, die sich durch eine ganzheitliche Sicht auf das Leben und die Situation von Menschen und Gruppen auszeichnet. Sie ist lebensweltorientiert, problem- und ressourcenorientiert, arbeitet interdisziplinär und vernetzt. Und sie hat Modelle für das professionelle Handeln entwickelt. Sie ist gemäss ihrem Berufskodex verpflichtet, Menschen zu unterstützen, die in ihrem Leben eingeschränkt sind, oder nicht auf gesellschaftliche Ressourcen zugreifen können (AvenirSocial, 2010, S. 6). Wie im vorangehenden Kapitel aufgezeigt wurde, sind Menschen mit einer Doppeldiagnose in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt. Neben den gesundheitlichen Schwierigkeiten, um die sich die Medizin, insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Psychiaterinnen und Psychiater und Psychologinnen und Psychologen kümmern, handelt es sich dabei vor allem um psychosoziale Herausforderungen und materielle Probleme. Diese beiden Themen sind Kernaufgaben der Sozialen Arbeit. Denn im Zentrum dieser Arbeit steht die Beratung und Ressourcenerschliessung. Die zentralen Handlungsarten der Sozialen Arbeit sind nach Peter Lüssi (2008) Beratung, Verhandlung, Intervention, Vertretung, Beschaffung und Begleitung.

Sozialarbeitende bringen für ihre Arbeit, und damit auch für die Unterstützung von Menschen mit Doppeldiagnosen, eine hohe Beratungskompetenz mit sich. Diese ist eine der Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit. Daneben wird in der Ausbildung oder Professionalisierung grosser Wert auf ein breites Fachwissen, auch aus anderen Disziplinen, gelegt. Methoden, die die Sozialen Arbeit anwendet, sind etwa Klientenzentrierte Beratung, Empowerment, Motivational Interviewing, etc. Mit diesen Methoden und Instrumenten wird ein breites Spektrum abgedeckt.

Wie in Kapitel 2.2.3 beschrieben, teilt sich die sozialarbeiterische Beratung auf vier Funktionsfelder auf. Nachfolgend einige grundsätzliche Überlegungen zur Arbeit mit Doppeldiagnoseklienten in den einzelnen Arbeitsfeldern.

Arbeitsfeld Information/Service

In diesem Bereich ist es besonders wichtig, sensibilisiert auf das Thema Doppeldiagnose zu sein. Der Früherkennung kommt in diesem Arbeitsfeld eine bedeutende Rolle zu. Hier werden Informationen geliefert und Klientinnen und Klienten je nach Bedarf an Fachstellen weitervermittelt. Eine fachlich fundierte Auftragsklärung ist unabdingbar, damit schon hier die richtigen Weichen gestellt werden. Darum ist es unumgänglich, dass die Sozialarbeitenden Fachwissen zum Thema Doppeldiagnose mitbringen. Um eine optimale Ressourcenerschliessung zu gewährleisten, müssen Professionelle der Sozialen Arbeit auch hellhörig sein, wenn eine Klientin, ein Klient mit einer psychischen Störung oder einer Substanzstörung in die Beratung kommt.

Arbeitsfeld Veränderung/Entwicklung

Personen mit einer Doppeldiagnose müssen besonders gut unterstützt und betreut werden, haben sie doch im Verlaufe ihrer Krankheit oftmals diverse Therapieabbrüche erlebt und sind darauf angewiesen, dass sie in ihrem eigenen Tempo im Veränderungsprozess begleitet werden. Auch hier gilt es für die Soziale Arbeit, herauszufinden, welche adäquate Betreuung/Behandlung das Klientel benötigt. Neben der psychosozialen Beratung, kann die Soziale Arbeit auch in diesem Arbeitsfeld wegweisend sein, damit die Betroffenen mit den richtigen Fachstellen und/oder Kliniken vernetzt werden. Die Soziale Arbeit kann diagnostisch tätig sein und anhand entsprechender Instrumente eine wichtige Rolle in der Früherkennung der Doppeldiagnose spielen.

Arbeitsfeld Schutz/Kontrolle „Fürsorge“

Hier hat die Soziale Arbeit eine Rolle als Gutachterin oder als Gutachter. Damit sich Professionelle ein ganzheitliches Bild von der Situation machen und fachlich fundierte Empfehlungen abgeben können, ist auch in diesem Bereich unumgänglich, dass sie sensibilisiert für das Thema Doppeldiagnose sind und das entsprechende Fachwissen haben. Entsprechend können sie Fragen stellen, ihre Empfehlungen ausformulieren und für die Zusammenarbeit zwischen interinstitutionellen und interdisziplinären Teams festhalten. Möglicherweise installieren Sozialarbeitende in diesem Arbeitsfeld bereits ein Case Management. Als Instrument ist Case Management nicht auf diesen Arbeitsbereich beschränkt, sondern findet auch in anderen Berufsfeldern Anwendung.

Arbeitsfeld Stabilisierung/Betreuung/Begleitung

Kommt die Sozialarbeit in diesem Feld in Kontakt mit betroffenen Personen, kann davon ausgegangen werden, dass bereits einige Fachstellen oder auch Sozialdienste, Kliniken, Ärztinnen und Ärzte, etc. involviert waren. Hier kommt neben dem benötigten Fachwissen zur Doppeldiagnose der Vernetzungsarbeit eine besondere Bedeutung zu.

In nachfolgender Darstellung sind die wichtigsten Handlungsaufträge an die Soziale Arbeit zusammengefasst:

Handlungsauftrag an die Soziale Arbeit

- Fachwissen zu Doppeldiagnose
- Sensibilisierung auf Thema Doppeldiagnose
- Auftragsklärung
- Interne und externe Ressourcenerschliessung
- Adäquate Betreuung/Behandlung
- Psychosoziale Beratung
- Vernetzung
- Früherkennung
- Zusammenarbeit mit interinstitutionellen und interdisziplinären Teams
- Case Management

Um Menschen mit einer Doppeldiagnose optimal zu unterstützen und ein gelingenderes Leben zu ermöglichen, sind nach Auffassung der Autorinnen und des Autors zwei wichtige Grundvoraussetzungen zu erfüllen. Da diese Menschen oft mit Mehrfachproblematiken konfrontiert sind, ist es unabdingbar, die Situation der Betroffenen ganzheitlich zu analysieren. Viele sind von Scham gequält und die Stigmatisierung von psychischen Störungen trägt dazu bei, dass sie sich eher zurückziehen als öffnen. Erst durch eine saubere Analyse wird unter Umständen aufgedeckt, dass weitere soziale Probleme vorliegen. Ein hilfreiches und nach Ansicht der Autorenschaft hervorragendes Instrument, um die ganze Dimension eines Falles aufzuzeigen, ist die Soziale Diagnostik. In der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose stehen oft viele Menschen und Institutionen im Einsatz. Die involvierten Helferinnen- und Helfer müssen optimal aufeinander abgestimmt werden und gut funktionieren, um Leerläufe und Doppelspurigkeiten und damit Frustration zu vermeiden. Dafür drängt sich nach Auffassung der Autorinnen und des Autors das Instrument Case Management auf. Nachfolgend wird ausgeführt, was Soziale Diagnostik und Case Management sind und wie die Soziale Arbeit sie bei der Unterstützung von Menschen mit einer Doppeldiagnose einsetzen kann.

6.1 Soziale Diagnostik

Wenn die Soziale Arbeit in Kontakt mit Menschen mit Doppeldiagnose kommt, weiss sie oft zu Beginn der Beratung nicht, dass die Person an zwei diagnostizierbaren Störungen leidet. Die Klientin, der Klient kommt vielleicht mit einem anderen Anlassproblem, das für sie, für ihn im Moment bedeutsam ist. Um die gesamte Lebenssituation zu erfassen, ist eine seriöse Situationsanalyse für eine differenzierte Falleinschätzung unerlässlich. Auch wenn Ärztinnen und Ärzte und/oder Psychiaterinnen und Psychiater schon eine oder mehrere Diagnosen gestellt haben, gilt es, die soziale Dimension durch die Soziale Arbeit zu erfassen. Cornelia Rügger (2010) nennt eine der grössten Herausforderungen für ein erweitertes Fallverständnis, die Erfassung der Komplexität und insbesondere der Dynamik zur „Person-in-der-Situation“.

Die Fachliteratur ist sich einig, dass Soziale Diagnostik ein unverzichtbares Element von Professionalität ist. Schon Alice Salomon (1926) hat in ihrem Werk „Soziale Diagnose“ empfohlen, das Wort „Ermittlung“ durch den Begriff soziale „Diagnose“ zu ersetzen. Helmut Pauls (2013) fordert eine soziale Diagnose, um das Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Erkrankungs- und Genesungsprozesse theoretisch zu fassen (S. 176). Geiser (2013) betont: „Je besser die Anamnese, desto besser die Diagnose und Therapie.“ (S. 14). Staub-Bernasconi (2005) setzt eine disziplin- und berufsethische Herangehensweise an soziale Probleme voraus, um professionell zu arbeiten. Soziale Diagnostik sollte die Komplexität sichtbar machen, aber diese auch strukturieren (Pantucek, 2012, S. 55).

Die Kritik an der Sozialen Diagnostik, wie zum Beispiel, dass mit standardisierten Verfahren, die Objektivität verloren gehe (Franz Caspar, 1996, S. 18) oder dass diese im Allgemeinen zur Etikettierung und Stigmatisierung der Klientinnen und Klienten führe (Dieter Röh, 2009), hat sich in den letzten Jahren gelegt. Die verschiedenen Autoren sind sich einig, dass ein standardisiertes Verfahren und die dazugehörigen Instrumente nicht mit wenig qualifiziertem Personal angewendet

werden können. Für die soziale Diagnose brauche es den sozialarbeiterischen Fachverstand (Pantucek, 2009). Pantucek nennt neben der kunstgerechten Gesprächsführung das nötige berufliche Fachwissen (S. 51). In der Psychiatrie brauchen die Professionellen der Sozialen Arbeit neben grundlegenden diagnostischen Kompetenzen, systemisches Denken, einen grossen Grundstock an Beschreibungs- und Erklärungswissen sowie eine vertiefte Gesprächsführungs- und Beratungskompetenz. Die Soziale Diagnostik muss forschungs- und theoriebasiert sein (Regula Dällenbach et al., 2013, S. 189). Rolf Buttner (2013) betont, dass die Soziale Arbeit trotzdem gefordert ist, die Soziale Diagnostik immer wieder selbstkritisch zu hinterfragen, um sich dem sozialen und auch dem begrifflichen Wandel anzupassen (S. 45).

Es existiert eine Vielzahl an möglichen diagnostischen Instrumenten und Verfahren für die Soziale Arbeit. In dieser Arbeit werden nachfolgend einige davon vorgestellt. Dies ist eine Auswahl und sie hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Anforderungen an die Soziale Diagnostik sind hoch. Deshalb ist es selbstredend, dass ein einziges Instrument nicht die Komplexität einer Situation erfassen kann. Darum muss die Situationsanalyse auf mehreren Ebenen erfolgen. In der Literatur wird vor allem auf die Soziale Diagnostik im Arbeitsfeld der klinischen Sozialarbeit eingegangen. Entsprechend wurden auch einige Instrumente und Verfahren für die klinische Sozialarbeit entwickelt und erforscht. Diese ermöglichen die Einschätzung der sozialen Dimension einer psychischen Störung. Die vorgestellten Instrumente und Verfahren können und sollen auch punktuell in den anderen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit Einzug in die praktische Arbeit finden. Vor allem in der Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose, die eine gehäufte Problematik an sozialen Problemen haben, scheint dies der Autorenschaft wichtig.

6.1.1 Problem- und Ressourcenanalyse – Systemische Denkfigur

Die Systemische Denkfigur unterstützt die systemische und die systematische Erfassung, Strukturierung, Beschreibung und Bewertung von Informationen, um psychosoziale Sachverhalte zu erfassen. Geiser hat auf der Grundlage von Staub-Bernasconis Theorie den prozessual-systemischen Theorieansatz weiterentwickelt und ausdifferenziert. Geiser (2013) gliedert die sozialen Probleme nach Ausstattungs-, Austausch- und Machtproblemen. Diese drei Ebenen wurden im Kapitel 5 erörtert. Geiser analysiert die drei Ebenen und stellt diese mit der Form der Systemischen Denkfigur dar. Diese Analyse des Individuums (Ausstattung), der horizontal strukturierten Systeme bzw. Beziehungen (Austausch) und vertikal strukturierten sozialen Systeme bzw. Beziehungen (Macht) wird vervollständigt durch die Bewertung. Folgende Fragen stellen sich: Welche nicht realisierten „vergesellschaftlichten“ anerkannten Werte und Normen lassen die Situation als problematisch erscheinen? Welche erklärungs- und bedürfnistheoretisch begründeten Prognosen gibt es, dass der Sachverhalt als problematisch bewertet werden kann? Anschliessend wird nach den Ressourcen der Klientinnen und Klienten gefragt, die einen Beitrag zur Problemlösung darstellen können. (S. 27) Mit der Systemischen Denkfigur können die heterogenen Fallzusammenhänge strukturiert und systematisch in relevante Daten transformiert werden.

6.1.2 Psychosozialer Diagnoseprozess

Silke Brigitta Gahleitner, Heidrun Schulze und Pauls (2009) empfehlen folgende Systematik im Vorgehen beim psychosozialen Diagnoseprozess (S. 321ff):

Erster Schritt: Kategoriale Diagnostik

Vor allem in der klinisch orientierten Sozialarbeit ist das Klassifikationssystem International Classification of Diseases (ICD-10) der WHO unausweichlich und verbindlich. Für die meisten Hilfestellungen im medizinischen, psychotherapeutischen oder sozialtherapeutischen Bereich ist diese Diagnostik Voraussetzung. Es ist deshalb unerlässlich, dass die Sozialarbeitenden sich in dem System zurechtfinden und dieses auch deuten und kritisch hinterfragen können.

Zweiter Schritt: Biografische Diagnostik

Die Klassifikationssysteme sind zwar hilfreich, zeigen aber nur einen Ausschnitt aus dem Ganzen. Um bei komplexen Phänomenen, insbesondere bei Menschen mit einer Doppeldiagnose, die Gesamtproblematik anzuschauen, ist die biografische Diagnostik von zentraler Bedeutung. Es geht dabei nicht nur um biografische Fakten wie zum Beispiel den Schulabschluss, sondern wie die Klientin, der Klient diese biografischen Fakten subjektiv erlebt hat und welche Bewältigungsstrategien dahinter stehen. Diese Selbstdeutungen sollten systematisch berücksichtigt werden. Zwei Instrumente, die in der Praxis verwendet werden, sind der Biografische Zeitbalken und das Lebenspanorama. Der Biografische Zeitbalken ist für die biografische Arbeit im sozialarbeiterischen Kontext sehr interessant. In einer mehrdimensionalen Zeitlinie wird die Biografie erfasst und abgebildet. Die Erschließung von biografischen Fakten und Daten wird mit den Erzählungen der Person verbunden. Der Biografische Zeitbalken systematisiert und visualisiert die Individualgeschichte in mehreren Dimensionen und hilft, die Biografie der Person aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten. (Pantucek, 2012, S. 226) Das Lebenspanorama hat zum Ziel, neben den Problemen auch die Ressourcen der Klientinnen und Klienten zu erfassen. Die Lebensereignisse werden auf übereinanderliegenden Zeitachsen eingetragen. Der Fokus kann auf den positiven Lebensereignissen liegen und diese können dann mit Fragen der Ressourcenperspektive vertieft werden. Die wichtigen Ankerpunkte werden gesucht, um die Klientin, den Klienten möglichst lange im Ressourcenraum zu halten. Das Lebenspanorama kann so als positives Lebensfeedback angeschaut werden. (Christoph Flückiger & Günther Wüsten, 2012, S. 40)

Dritter Schritt: Sozial- und Lebenswelt-Diagnostik

Die sozial- und lebensweltorientierte Diagnostik findet in allen Phasen des Arbeitsprozesses statt. Es geht um die Erfassung der Person-in-der-Situation. Psychosoziale Fallarbeit muss abweichende Dimensionen miteinander in Beziehung setzen. (Gahleitner et al., 2009) Es geht um die Interaktions- und Transaktionsprozesse zwischen den Klientinnen und Klienten und deren Umgebung (Pauls, 2013). Das Ausmass der Beeinträchtigung auf der Sozial- und Lebenswelt-Ebene kann mit dem Konzept der Integrativen Therapie, den fünf Säulen der Identität von Petzold (1984), erfasst werden. Die fünf Säulen: Körper/Leiblichkeit, Arbeit/Leistung, Soziales Netzwerk/Beziehungen, Materielle Sicherheit und Werte/Normen wurden in Kapitel 4.1. näher beschrieben. Die Säulen lassen sich bei

Bedarf genauer fokussieren. So können zum Beispiel anhand des hinreichend bekannten Genogramms oder mithilfe des Sozio-kontextuellen Atoms die sozialen Beziehungen vertieft werden. Das sozio-kontextuelle Atom verbildlicht den Personenkreis, mit dem die Klientin, der Klient emotional eng verbunden war oder ist (Gahleitner, 2013, S. 84). Dieses Netzwerkinventar kann mit einer Ecomap ergänzt werden. (Gahleitner et al., 2009, S. 331) Auf der Grundlage des sozial-kontextuellen Atoms kann eine Netzwerkkarte erstellt werden. Diese zeigt die Ressourcen von Beziehungen in sozialen Systemen und verdeutlicht die wechselseitigen Verknüpfungen der sozialen Netzwerke. Die Netzwerkkarte eignet sich gut für die kooperative Diagnostik. Ein weiteres Instrument, um die Lebenslage zu diagnostizieren ist das von Pantucek entwickelte Inklusions-Chart. Damit können die wichtigsten Daten zur Lebenslage der Klientinnen und Klienten eingeschätzt werden und tragen so zu einer guten Grundlage für die Interventionsplanung bei. (Pantucek, 2012, S. 186ff)

Vierter und letzter Schritt: Komplexitätsreduktion

Die in den ersten drei Schritten erfassten und zum Teil komplexen Informationen werden in diesem Schritt als „diagnostisches Substrat“ dargestellt. Pauls (2013) entwickelte dafür das Koordinatensystem psycho-sozialer Diagnostik und Intervention. Dies ist eine Mehrebenen-Diagnostik, die die Problem- und Ressourcenanalyse ausführlich, aber auch präzise und überschaubar ausweist.

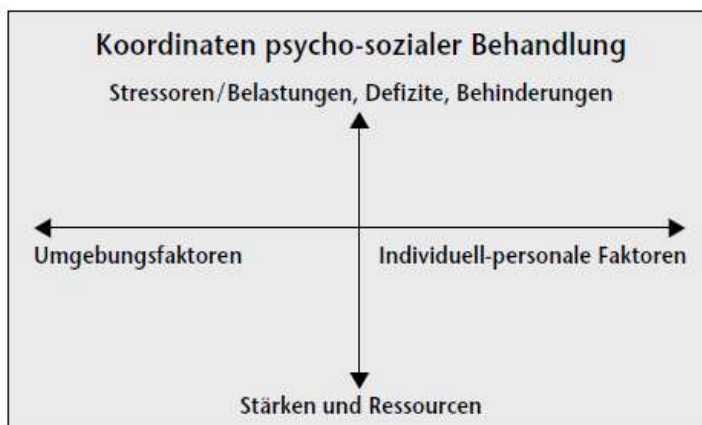


Abbildung 9: Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik und Intervention (Pauls, 2013)

6.1.3 Konzept Integration und Lebensführung

Das Konzept der Integration und Lebensführung wurde an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW in Zusammenarbeit mit Praxispartnerinnen und -partnern aufgrund des Forschungs- und Entwicklungsprojekts zur Sozialen Arbeit in der Psychiatrie entwickelt und beinhaltet zwei Diagnostikverfahren; die idiografische und die deskriptive Systemmodellierung. (Dällenbach et al., 2013)

Mit der idiografischen Systemmodellierung wird die Lebensführung der Klientinnen und Klienten in den verschiedenen Lebensphasen rekonstruiert und modelliert. Dies findet mit narrativ-biografischen Interviews statt und wird sequenzanalytisch ausgewertet. Bei der deskriptiven Systemmodellierung geht es um die Erfassung der (bio)psychosozialen Komplexität eines Falles sowie dessen sozialer

Dimension. Es ist ein diagnostisches Verfahren, um das Lebensführungssystem eines Menschen zu erkunden. Speziell werden die Integrationsverhältnisse für den Menschen in seinen sozialen Handlungssystemen angeschaut und wie er mit Schwierigkeiten in seinem Leben umgeht, und welche Bewältigungsmöglichkeiten er hat.

6.1.4 Soziale Diagnostik und Doppeldiagnose

Der Sozialen Diagnostik sollte in der Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Störung und/oder einer Substanzstörung eine besondere Bedeutung zukommen. Wie in den Kapiteln 4 und 5 erörtert, sind die sozialen Auswirkungen bei Betroffenen weit umfangreicher als bei Menschen mit „nur“ einer psychischen Störung. Diese Komplexität in der Lebenswelt der Klientinnen und Klienten sollte abgebildet werden, damit eine professionelle Intervention stattfinden kann.

Die soziale Diagnose ist ein wichtiger Prozessschritt, um eine Situation zu analysieren und einen Fall zu verstehen. Die Menschen werden in ihrer Lebenswelt, in ihrer sozialen und sozialstrukturellen Einbettung wahrgenommen. Das Fallverstehen bezieht sich dabei nicht nur auf die Klientin, den Klienten, sondern auch auf das Hilfesystem. Die Soziale Diagnostik hilft zu Beginn, mit Informationsgewinnung eine Komplexität zu erzeugen, danach diese Informationen wieder zu komprimieren und zu bündeln, damit auf dieser Basis eine Entscheidung getroffen werden kann.

Die Ergebnisse der sozialen Diagnostik geben einen ganzheitlichen Überblick über die sozialen Mechanismen und die damit verbundenen sozialen Ungerechtigkeiten. Sie geben Aufschluss über soziale Verluste und soziale Isolation. Komplizierte Sachverhalte werden strukturiert und können professionell beurteilt werden. Mit den diagnostischen Instrumenten werden nicht nur die Probleme analysiert, sondern auch die Ressourcen der Klientinnen und Klienten aufgezeigt.

Die aufgezeigten Verfahren und Instrumente zeigen, dass die soziale Diagnose eine anspruchsvolle und aufwendige Aufgabe ist, die entsprechend hohe Fachkompetenzen und Zeitressourcen erfordert.

6.2 Case Management

Klientinnen und Klienten mit einer Doppeldiagnose leiden unter einer Vielzahl von Defiziten und verschiedene Fachleute und Fachstellen sind in die Behandlung, Beratung und Betreuung integriert. Die Betroffenen sind mehrfach belastet und es liegt eine komplexe Mehrfachproblematik vor. Um den Erfolg der entsprechenden Begleitung zu gewährleisten, ist die Koordination dieses umfassenden Helfer- und Helferinnensystems unbedingt notwendig. Mehrere Fachkräfte verschiedener Dienste wirken bei der Unterstützung, Behandlung oder Rehabilitation mit. Da mehrere Fachpersonen aus verschiedenen Disziplinen involviert sind, wird auch von interdisziplinärer Zusammenarbeit gesprochen. Werner Arber (1993) definiert interdisziplinäre Zusammenarbeit als ein „Zusammenwirken verschiedener, für eine Problembearbeitung relevanter Fachbereiche“ (S. 12). Wie in Kapitel 5.3 festgehalten, sind Professionelle der Sozialen Arbeit verpflichtet, interdisziplinär zusammen zu arbeiten. Um die sozialen Probleme von Menschen mit einer Doppeldiagnose zu lösen, ist die Soziale Arbeit neben dem eigenen Professionswissen auf spezifisches Wissen aus anderen Disziplinen

angewiesen. Ressourcenerschließung und Vernetzung ist Gegenstand der Sozialen Arbeit, so ist auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig, das heisst, an andere Disziplinen anzuknüpfen, zu vermitteln und auch zu koordinieren.

Wenn es nicht nur auf die unmittelbare Lösung und Hilfe eines akuten Problems ankommt, sondern es vielmehr auch darum geht, eine langfristige Hilfe und eine längere Versorgung zur Problembearbeitung anzubieten, welche auch überlegt und abgestimmt ist, dann kommt das Case Management zum Zug (Wolf Rainer Wendt, 2008, S. 70). Betroffene von einer Doppeldiagnose leiden häufig unter einer Chronifizierung ihrer Krankheit, mit fortschreitender Chronifizierung nimmt die Anzahl involvierter Akteure zu. Wie in Kapitel 4 ausführlich behandelt, leiden die Betroffenen unter vielschichtigen sozialen Problemen, sie sind in ihren sozialen Funktionen eingeschränkt, haben Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder sind arbeitslos, haben eine prekäre Wohnsituation, Beziehungsprobleme, schwierige finanzielle Verhältnisse, Kontakt mit Sozialversicherungen und nutzen diverse Hilfsquellen. Die Soziale Arbeit kommt in praktisch allen Berufsfeldern mit Betroffenen in Kontakt und unterstützt auf diversen Handlungsebenen, führt zum Beispiel Gespräche mit Arbeitgebenden, Vermieterinnen und Vermietern, etc. und ist in Kontakt mit weiteren involvierten Stellen. Nicht selten ist eine Vielzahl von Helferinnen und Helfer involviert und unterstützt, berät und betreut die betroffene Person.

6.2.1 Was ist Case Management?

In den USA erfolgte in den 70er Jahren ein Wechsel in der Sozialen Arbeit von stationären zu ambulanten Angeboten für das vielschichtige Klientel. Die Fälle und die Unterstützungsvielfalt wurden immer komplexer und verlangten mehr Koordination durch die Soziale Arbeit und aus diesem Zusammenhang heraus wurde das Case Management entwickelt. Zirka 20 Jahre später, in den 90er Jahren, wurde das Konzept auch in der Schweiz übernommen und erste Pilotprojekte im Bereich Sucht wurden gestartet. Die Versicherungen und das Gesundheitswesen begannen sich vor rund 10 Jahren für diese Methode zu interessieren. (Andrea Früh, 2012) Mittlerweile hat sich das Verfahren zur Bearbeitung von komplexen Fällen in den Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens durchgesetzt (Peter Löcherbach, 2009, S. 39). Das Netzwerk Case Management Schweiz (2014) definiert Case Management als Handlungskonzept zur koordinierten Bearbeitung von komplexen Fragestellungen im Gesundheits-, Sozial- und Versicherungsbereich. Es werden nach individuellem Bedarf abgestimmte Dienstleistungen erbracht. In einem systematisch, kooperativ geführten Prozess werden Menschen in mehrdimensionalen Problemlagen ressourcen- und lösungsorientiert unterstützt. Die Erreichung gemeinsam vereinbarter Ziele und Wirkungen mit hoher Qualität werden angestrebt. Über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg stellt das Case Management einen Versorgungszusammenhang her. Weiter respektiert das Case Management die Autonomie der Klientinnen und Klienten, und schont, aber nutzt auch die Ressourcen des Klientels, sowie dessen Unterstützungssystem. (S. 5) Gisela Steins (2012) führt aus, dass es beim Case Management um das Organisieren eines umfassenden Hilfsangebots zur Behandlung einer komplexen Problematik einer Klientin oder eines Klienten geht. Es ist ein Konzept der integrierten Unterstützungsplanung für Personen in komplexen Lebenssituationen. Das Konzept Case Management ist aus der Erkenntnis

heraus entstanden, dass eine zielgerichtete und koordinierte Unterstützung von komplexen Situationen von einzelnen Personen über die Institutionsgrenze hinweg zu längerfristigen, effizienteren und nachhaltigeren Ergebnissen führt. (S. 12) Wenn eine komplexe Problematik vorliegt, viele Personen und Fachstellen involviert sind und eine Vernetzung notwendig ist, dann eignet sich das Case Management, um die verschiedenen Dienstleistungen aus einer Hand zu steuern. Laut Wendt (2008) eignet sich Case Management für den Sozialbereich, das Versicherungswesen und den Gesundheitsbereich (S. 17). Er führt weiter aus, dass Case Management ein humandienstlicher Handlungsansatz ist. Bei diesem handelt es sich um Dienste, bei welchen verschiedene Professionen zusammenarbeiten, damit Betroffene bei der Bewältigung ihrer Probleme durch verschiedene Hilfestellungen unterstützt werden können. Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist unerlässlich, zum Beispiel arbeiten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Psychiaterinnen und Psychiater und Juristinnen und Juristen zusammen. Die fachübergreifende Kooperation ist fast schon zwingend bei Menschen mit einer Doppeldiagnose, denn im Case Management werden fallübergreifende Aspekte der unterschiedlichen Arbeitsfelder des Gesundheitswesens und dem Sozialbereich in komplexen Problemsituationen verknüpft. (Wendt, 2011, S. 23ff)

Das Case Management-Verfahren wird in drei Ebenen aufgeteilt; in die Einzelfallebene (Mikroebene), die Organisationsebene (Mesoebene) und die Versorgungsebene (Makroebene) (Netzwerk Case Management, 2014, S. 7). Bei der Mikroebene handelt es sich gemäss Esser um die individuelle Ebene, einzelne Individuen eines Systems, die Mesoebene bezieht sich auf die Organisation und die Makroebene ist der Ort, in dem sich die Organisation und Individuen bewegen (Hartmut Esser, 2000, S. 60).

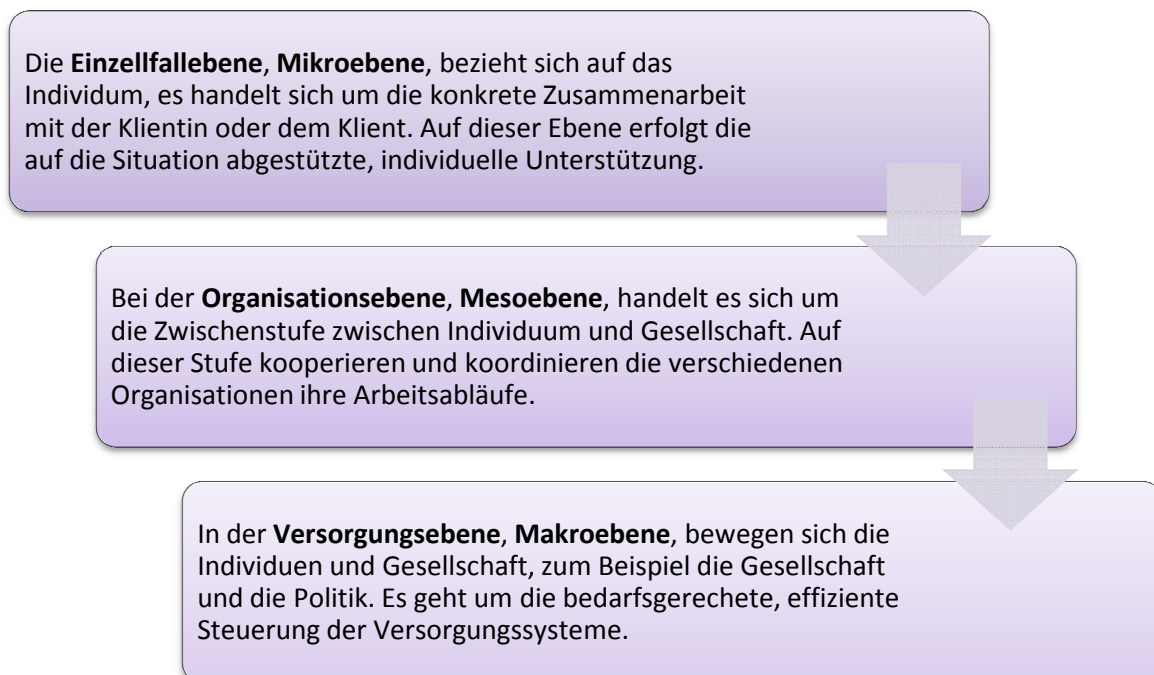


Abbildung 10: Eigene Darstellung der Verfahrensebenen in Anlehnung an Netzwerk Case Management Schweiz (2014, S. 7)

Auf die Versorgungsebene (Makroebene) wird in dieser Arbeit nicht näher eingegangen. Es wird davon ausgegangen, dass die Politik aufgrund des permanenten Spardrucks im Sozialwesen ein reges Interesse hat, die Abläufe zu optimieren. Mit einem koordinierten Unterstützungsangebot für das Individuum sollen schlussendlich Kosten eingepart werden. Um ein passendes Case Management anzubieten, müssen die entsprechenden Strukturen der Organisationen auf der Organisationsebene (Mesoebene) gegeben sein. Wie Case Management in die Organisationen kommt, wird hier nicht erläutert. Vielmehr geht es in diesem Teil der Arbeit darum, aufzuzeigen, wie die Soziale Arbeit Individuen mit einer Doppeldiagnose gesamthaft unterstützen und so für ein gelingenderes Leben der Betroffenen sorgen kann. Aus diesem Grund geht die Autorenschaft etwas detaillierter auf die Einzelfallebene (Mikroebene) ein.

Das Netzwerk Case Management (2014) gibt folgende Verfahrensschritte des Case Managements vor:

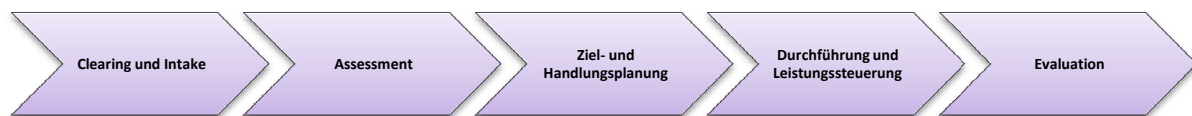


Abbildung 11: Eigene Darstellung der Prozessschritte in Anlehnung an Netzwerk Case Management Schweiz (2014, S. 8)

Mit dem *Clearing und Intake* beginnt der Prozess des Case Managements. Zusammen mit der betroffenen Person wird betrachtet, ob die Bearbeitung der vorhandenen Problematik durch ein Case Management Sinn macht. Falls sich das Case Management als geeignet erweist, wird ein erster mündlicher Vertrag über die gemeinsame Arbeit abgeschlossen. (S. 8)

Das *Assessment*, der zweite Prozessschritt, beinhaltet die Bedarfs- und Situationsanalyse. Die aktuelle Situation, in der sich die hilfeschende Person befindet, wird detailliert erfasst und die Ausgangslage eingeschätzt. Dabei werden die vorhandenen internen und externen Ressourcen berücksichtigt und anstehende Unterstützung, Hilfe und Aufgaben definiert. (S. 9)

Im Prozessschritt *Ziel- und Handlungsplanung* geht es darum, aufgrund der Grundlage des Assessments gemeinsame Ziele für den Unterstützungsprozess auszuarbeiten. Die festgelegten Ziele dienen allen beteiligten Parteien als kurzfristige sowie auch langfristige Orientierung. Die vereinbarten Ziele müssen überprüfbar sein und es muss klar festgelegt werden, in welchem Zeitrahmen sie erreicht werden. Der konkrete Handlungsplan wird erarbeitet, die Pläne zur Zielerreichung werden in diesem Schritt konkret im Massnahmenplan festgehalten. (S. 9)

In diesem Schritt, *Durchführung und Leistungssteuerung*, wird die Vernetzung der involvierten oder der noch zu involvierenden Parteien aktiv gefördert, es geht um die Vermittlung von verschiedenen Unterstützungsangeboten. Zusätzlich wird die zielgerichtete Umsetzung der Massnahmen aus dem vorherigen Prozessschritt überprüft und überwacht. Der gesamte Durchführungs- und Leistungssteuerungsprozess wird durch die Case-Managerin oder den Case-Manager gesteuert. Der

kontinuierliche Austausch aller Beteiligten wird in geeigneten Gefässen wie Helferinnen- und Helfersitzungen oder Netzwerkkonferenzen gewährleistet, der Informationsfluss und die Kommunikation unter den Beteiligten wird sichergestellt. (S. 10)

Der letzte Prozessschritt, *Evaluation*, befasst sich mit der Überprüfung der Ergebnisse. Die erbrachten Leistungen während des Case Management-Prozesses werden gesammelt und beurteilt, die Wirksamkeit der durchgeführten Handlungen wird überprüft. Der formulierte Handlungsplan dient dazu als Grundlage. Zusätzlich wird die Zufriedenheit aller Beteiligten mit dem Case Management-Prozess überprüft. Die erforderliche Nachbetreuung wird sichergestellt und zum Schluss wird der Case Management-Prozess bewusst abgeschlossen. (S. 11)

Nach der Erläuterung des Case Management-Prozesses auf der Einzelebene (Mikroebene) folgt eine Übersicht über den Zusammenhang zwischen Case Management und Sozialer Arbeit, anschliessend werden auf die Gefahren des Case Managements im Bereich Soziale Arbeit hingewiesen und zum Schluss der Zusammenhang Case Management und Doppeldiagnose erläutert.

6.2.2 Soziale Arbeit und Case Management

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter verfügen über vielseitige Kompetenzen und können einen wichtigen Input leisten für die Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus anderen Disziplinen. Es ist daher sehr wichtig, dass das enorme Wissen auch nach aussen präsentiert wird. Die Soziale Arbeit darf gerade auch beim Case Management nicht in Vergessenheit geraten (Corinna Ehlers, 2013, S. 51). Durch das vielfältige Wissen auch aus Nachbardisziplinen und die hohen Kompetenzen ist die Soziale Arbeit prädestiniert, sich mit dem Case Management zu befassen und auseinanderzusetzen. In der Regel sind es soziale Probleme, die den Auslöser dafür geben, warum ein Case Management überhaupt gefordert ist. Und wie in Kapitel 5 dargelegt, sind soziale Probleme Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit. Somit ist gegeben, dass sich die Soziale Arbeit mit dem Konzept des Case Managements befassen muss, denn es stellt eine effiziente Möglichkeit dar, auch komplexe soziale Probleme anzugehen. Manfred Neuffer (2007) sieht einen weiteren Zusammenhang zwischen Case Management und Sozialer Arbeit in den Grundzügen der Sozialen Arbeit. Grundelemente des Case Managements sind in komplexen Fällen, individuelle Hilfe zu bieten oder die Unterstützungsangebote auf den Bedarf der betroffenen Individuen abzustimmen. Dies gehörte schon eh und je zu den Grundaufgaben der Sozialen Arbeit. Neuffer führt weiter aus, dass das Konzept des Case Managements der Grundhaltungen und Arbeitsweisen der Sozialen Arbeit nahe liegt. Das Case Management und die Soziale Arbeit haben ähnliche Konzepte, zum Beispiel im Bereich systemische Beratung, Mediation, Krisenintervention, in Techniken wie klientenzentrierter Gesprächsführung oder Evaluationsinstrumenten, es bestehen ähnliche Grundorientierungen. (S. 41ff) Der Zusammenhang zwischen Case Management und Sozialer Arbeit ist gegeben und die Wichtigkeit des Case Managements in der Sozial Arbeit ist ersichtlich. Aus diesen beschriebenen Gründen ist die Soziale Arbeit prädestiniert und geradezu verpflichtet, sich mit Case Management zu befassen.

6.2.3 Gefahren des Case Managements

Wie oben ausgeführt, hat das Case Management seine Wurzeln in der Sozialen Arbeit, es werden soziale Probleme, welche Gegenstand der Sozialen Arbeit sind, angegangen. Gewisse Arbeitsaufgaben und Haltungen der Sozialen Arbeit und des Case Management sind sich sehr ähnlich. Trotzdem darf die kritische Auseinandersetzung mit dem Case Management durch die Soziale Arbeit nicht ausser Acht gelassen werden. So bemerkt Wendt, dass sich das Case Management seit seinem Beginn in den 70er Jahren in den USA verändert und nicht mehr nur in den Schranken der Sozialen Arbeit entwickelt hat, sondern durchaus in andere Richtungen (Wendt, 2010, S. 5). Neuffer (2011) betont, dass Case Management im sozialen Bereich nicht als Sparmassnahme missbraucht werden darf. Es wird aufgrund des Spardrucks immer mehr ökonomisiertes Handeln von sozialen Dienstleistungen verlangt, da kann das Case Management durchaus einen Beitrag dazu leisten, aber dies darf nicht im Fokus stehen. Es kann nicht darum gehen, defizitäre Budgets auszugleichen und an notwendigen Leistungen für das Klientel zu sparen. Dies würde jeglicher Berufsethik der Sozialen Arbeit widersprechen. Auch meint Case Management nicht nur die Gestaltung von Arbeitsabläufen, sondern die Betroffenen müssen stets in den Prozess miteinbezogen werden. Der Schwerpunkt sollte immer auf der Bedarfsausrichtung für die Betroffenen liegen. (S. 50ff)

Trotz der Gefahren von Case Management im Sozialwesen erachtet die Autorenschaft das Case Management als geeignetes Konzept, um Betroffene einer Doppeldiagnose zu unterstützen. Das Klientel muss stets im Mittelpunkt stehen, miteinbezogen werden. Nur so kann eine optimale Vernetzung und Koordinierung des Falls aufgrund einer wissenschaftlichen Basis gewährleistet werden.

6.2.4 Case Management und Doppeldiagnose

Warum das Case Management von enormer Bedeutung ist für die Betreuung von Klientinnen und Klienten mit einer Doppeldiagnose, ergibt sich klar aus der mehrfachen Belastung durch soziale Probleme und den vielen involvierten Fachstellen und Fachpersonen. Betroffene leiden unter diversen sozialen Problemen und verhandeln mit den unterschiedlichsten Fachstellen. Damit die angeschlagenen oder eingeknickten Säulen der Identität, wie in Kapitel 4 erklärt, auf allen Ebenen gestützt werden können, ist es von grosser Wichtigkeit, dass Klientinnen und Klienten mit einer Doppeldiagnose von den zuständigen Fachpersonen ganzheitlich unterstützt werden. Eingriffe alleine in Bezug auf eine Säule bringen meistens nicht die gewünschte Verbesserung. Wenn nur das psychische Leiden oder die Suchtproblematik angeschaut wird, das belastende Arbeitsverhältnis und evt. daraus resultierende finanzielle Engpässe nicht in die Behandlung eingeschlossen werden, kann keine dauerhafte Stabilisierung aller Säulen erreicht werden. Jede involvierte Fachperson kümmert sich verständlicherweise, je nach Gebiet, zuerst um den eigenen Aufgabenbereich. Zum Beispiel befasst sich die Psychiaterin oder der Psychiater mit der Medikamenteneinstellung. Die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut kümmert sich um das Erlernen von neuen Verhaltensmustern. Die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter vom Sozialamt zahlt die wirtschaftliche Sozialhilfe aus, versucht mit der Verwaltung zu verhandeln, falls ein Wohnungsverlust droht und versucht, die betroffene Klientin oder den betroffenen Klienten für eine Beschäftigung zu motivieren. Allenfalls

ist noch eine Arbeitgeberin oder ein Arbeitgeber oder eine Bezugsperson eines geschützten Arbeitsplatzes involviert.

Für die Koordination der verschiedenen Unterstützungspersonen ist ein Case Management, sofern die Klientin oder der Klient einverstanden ist, unerlässlich. Alle Beteiligten haben das Ziel, der Betroffenen oder dem Betroffenen längerfristig ein gelingenderes Leben zu ermöglichen und in den individuellen Zielen zu unterstützen. Im ersten Moment kann ein Case Management den beteiligten Fachpersonen aufwendig erscheinen. Im Verlaufe des Prozesses wird sich der Arbeitsaufwand, dank dem Kommunikationsaustausch und der Koordination, für alle Beteiligten verringern.

7 Schlussfolgerungen

Dieses Kapitel hat zum Ziel, die Fragestellungen zu beantworten und die wichtigsten Erkenntnisse zusammenzufassen. Daneben zeigt die Autorenschaft die berufsrelevanten Folgerungen für die Soziale Arbeit auf und präsentiert einen Ausblick auf mögliche weiterführende Studien und Forschungen zum Thema Doppeldiagnose und Soziale Arbeit. Den Abschluss bildet eine persönliche Stellungnahme der Autorinnen und des Autors.

7.1 Beantwortung der Fragestellungen

Die eingangs gestellten Hypothesen haben sich bestätigt und werden bei der Beantwortung der Fragestellungen berücksichtigt.

Wie verbreitet ist die Doppeldiagnose?

Fast jede zweite Person erkrankt in ihrem Leben an einer psychischen Störung. Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung sind in hohem Masse gefährdet, neben der psychischen Störung auch eine Substanzstörung zu entwickeln. Rund die Hälfte der Menschen mit einer psychischen Störung erkrankt zusätzlich an einer Substanzstörung. Umgekehrt weisen rund ein Drittel der Menschen mit einer Substanzstörung eine psychische Störung auf. Die Doppeldiagnose ist unumstritten keine Ausnahme, sondern eher die Regel bei Menschen mit einer psychischen Störung oder einer Substanzstörung. Die am meisten untersuchten Doppeldiagnose-Kombinationen sind Angststörungen, Depression, Posttraumatische Belastungsstörungen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen in Zusammenhang mit einer Suchtstörung.

Trotz der hohen Prävalenzzahlen werden in psychiatrischen Institutionen Substanzstörungen häufig übersehen und unterdiagnostiziert. Dies hat unter anderem damit zu tun, dass sich beide Störungen überlappen. Das heisst, dass das abweichende Verhalten der Patientinnen und Patienten zum Beispiel der psychischen Störung zugeordnet werden und dabei die Symptome des Suchtverhaltens nicht zu einer zusätzlichen Diagnose führen.

Die Heterogenität der Symptome und Ursachen bei Doppeldiagnosen verunmöglicht es, eine erfolgversprechende Standardtherapie anzubieten. Deshalb benötigen Patientinnen und Patienten mit einer Doppeldiagnose auf sie individuell zugeschnittene integrative Beratungs-, Therapie- und Rehabilitationsangebote.

Klientinnen und Klienten mit einer Doppeldiagnose begegnet die Soziale Arbeit in allen Arbeitsfeldern, nicht nur, wie häufig in der Literatur erwähnt, in der klinischen Sozialarbeit.

Erwähnt sein soll hier aber auch, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose nicht automatisch auf Unterstützung durch die Soziale Arbeit angewiesen sind. Es gibt Betroffene mit grossen eigenen Ressourcen oder guten sozialen Netzen, die fähig sind, ihr Leben selber gelingend zu gestalten. Ebenso gibt es Menschen mit einer Doppeldiagnose mit geringerem Schweregrad der Störungen. Diese sind dadurch weniger Belastungen im Alltag ausgesetzt.

Wie erklärt sich der Zusammenhang zwischen einer psychischen Störung und einer Substanzstörung und umgekehrt?

Es werden verschiedene Modelle diskutiert, um diesen Zusammenhang zu erklären. Keines der Modelle ist ausreichend wissenschaftlich fundiert und kann als allgemeingültig betrachtet werden. Dass beide Störungen zufällig gemeinsam auftreten, also kein Zusammenhang besteht, wird als unwahrscheinlich erachtet. Die extrem hohen Prävalenzzahlen weisen in eine andere Richtung. Das Modell der gemeinsamen Faktoren geht davon aus, dass die Entwicklung der beiden Störungen auf einen oder mehrere gemeinsame Vulnerabilitätsfaktoren zurückgeführt werden kann. Den Modellen der kausalen Beziehung wird in der Fachwelt am meisten Beachtung geschenkt, vor allem derjenigen der unidirektionalen kausalen Beziehung. Die Autorenschaft erachtet die Selbstmedikationshypothese als relevanteste bei den unidirektionalen Modellen. Der Suchtmittelkonsum wird als Reaktion respektive als ungünstiger Copingversuch auf die Symptome oder Auswirkungen einer psychischen Störung interpretiert. Bestimmte Substanzen mit einer bestimmten Wirkung werden konsumiert, um die Beschwerden und Krankheitssymptome zu lindern. Daraus kann ein komplexer Teufelskreis entstehen, zum Beispiel, wenn sich die beiden Erkrankungen gegenseitig negativ verstärken oder beeinflussen.

Was macht die Doppeldiagnose für die Betroffenen zu einer besonderen Herausforderung?

Eine psychische Störung oder eine Substanzstörung alleine kann schon eine grosse Herausforderung für die Erkrankten bedeuten. Betroffene von einer Doppeldiagnose leiden unter umfangreicheren Schwierigkeiten. Die beiden Störungen beeinflussen sich gegenseitig, eine Chronifizierung der beiden Störungen ist vielfach das Resultat, wenn diese nicht adäquat behandelt werden. Oftmals sind die Betroffenen schwerer krank, die Krankheitsverläufe schwieriger und die Rückfallquote höher. Dies wirkt sich auf weitere Lebensbereiche aus, so sind Menschen mit einer Dualdiagnose zum Beispiel häufiger arbeitslos, da sie keine konstanten Leistungen erbringen können und daraus resultieren finanzielle Schwierigkeiten. Zusätzlich hat die doppelte Erkrankung enorme Einflüsse auf die Beziehungen, das soziale Umfeld und die sozialen Kontakte. Alle fünf Säulen der Identität, Körper und

Leiblichkeit, Arbeit und Leistung, Soziales Netzwerk und Beziehungen, Materielle Sicherheit und Werte und Normen sind oftmals instabil und nicht mehr tragfähig. Psychische Erkrankungen sind schon per se stigmatisierend. Das Stigma einer Doppeldiagnose ist so gross, dass die Betroffenen ihren Platz in der Gesellschaft nicht oder nicht mehr finden. Ihre Andersheit führt sie in die soziale Randständigkeit.

Menschen mit einer Doppeldiagnose sind eine heterogene Gruppe, entsprechend schwierig gestaltet sich der Versuch, generelle Hilfsangebote zu etablieren.

Wie erklären sich die sozialen Probleme von Menschen mit einer Doppeldiagnose?

Die belastenden Gesundheitsprobleme von Menschen mit einer Doppeldiagnose haben Auswirkungen auf statusbestimmende Merkmale wie Bildung, Beschäftigung und Einkommen. Der Status und das Prestige und somit ihre soziale Position in der Gesellschaft ist entsprechend tief. Sie leiden unter stressbelasteten Beziehungen und ihre soziale Integration ist erschwert. Auf die Dauer sind ihre Beziehungen zu strukturell „gleichgestellten“ Menschen wie Partnerinnen, Partnern, Freunden und Bekannten nicht gleichwertig und beruhen oft nicht auf Gegenseitigkeit. Ebenso können sie ihre legitimen Ansprüche gegenüber sozial „über- oder untergeordneten“ Personen wie Eltern, Kindern, Arbeitgebenden, Vermieterinnen und Vermietern etc. nicht mehr durchsetzen. Menschen mit einer Doppeldiagnose haben hohe Ausstattungsdefizite und problematische Austauschprobleme. Sie haben wenig Zugang zu individuellen Machtquellen und entsprechend weniger Interaktionschancen. Die Machtbeziehungen manifestieren sich in sozialer Ungleichheit. Ihre Bedürfnisse sind auf der Mikro-, Meso- und Makroebene verletzt. Das Soziale Problem erklärt sich neben den biologischen und psychischen Problemen mit den interaktionsbezogenen Herausforderungen, wie zum Beispiel: soziale Isolation, unfreiwillige Einsamkeit und Ausgrenzung und den positionsbezogenen Schwierigkeiten, etwa Machtlosigkeit wegen fehlender Ressourcen, tiefer Status und soziale Deklassierung.

Welche Handlungsansätze lassen sich für die Praxis der Sozialen Arbeit ableiten?

Für die Soziale Arbeit leitet sich ein Handlungsauftrag auf der Ausstattungs-(Mikro-), Austausch-(Meso-) und Machtebene (Makroebene) ab. Auf der Mikroebene geht es um das Individuum. Im Zentrum steht die Bedürfnisbefriedigung von physischer und psychischer Gesundheit und um Anerkennung und Teilhabe an der Gesellschaft. Auf der Mesoebene sind die zu behandelnden Themen, die Austauschgerechtigkeit herzustellen und die Gleichwertigkeit der horizontalen Beziehungen. Auf der Makroebene steht im Vordergrund, den Zugang zu gesellschaftlich vorhandenen Gütern zu sichern und Gleichberechtigung herzustellen.

Je nach Arbeitsgebiet nimmt die Soziale Arbeit unterschiedliche Aufgaben wahr. Sie analysiert die Situation, sie informiert, berät und begleitet, sie erschliesst externe und interne Ressourcen, sie verhandelt, sie vernetzt mit Fachstellen etc. Die Situation von Doppeldiagnosebetroffenen ist oftmals um einiges komplexer als bei anderen Klientinnen und Klienten und erfordert eine intensivere und umfassendere Betreuung durch die Soziale Arbeit. Der Analyse der komplexen Situation und der Vernetzung kommt eine besondere Bedeutung zu. Um diese ganzheitliche sozialarbeiterische Sicht

auf die Situation der Betroffenen zu erhalten und professionell intervenieren zu können, ist eine genaue soziale Diagnose unverzichtbar. Für eine längerfristige Unterstützung ist es unabdingbar, dass diese gut überlegt und abgestimmt ist. Die Vielzahl von involvierten Helferinnen und Helfern muss vernetzt werden, damit diese Ressourcen bestmöglichst genutzt werden können. Dafür ist das Case Management das optimale Instrument.

7.2 Berufsrelevante Schlussfolgerungen

Für Sozialarbeitende ist es unerlässlich, mit dem Thema Doppeldiagnose vertraut zu sein und die wichtigsten Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen einer psychischen Erkrankung und einer Suchterkrankung und die daraus entstehenden möglichen sozialen Folgen zu kennen. Mit dem entsprechenden Fachwissen sind die Sozialarbeitenden eher sensibilisiert auf das Thema Doppeldiagnose und können in der Beratung und Begleitung von Menschen mit einer psychischen oder mit einer Suchtstörung besonders aufmerksam sein. Denn die Soziale Arbeit verfügt über die nötigen Instrumente, um professionell zu intervenieren.

Mit den zur Verfügung stehenden diagnostischen Instrumenten und Verfahren können die Sozialarbeitenden die Komplexität einer Situation erfassen und die heterogenen Fallzusammenhänge strukturieren und systematisch in relevante Daten transformieren. Die Soziale Diagnostik hilft dabei, ein differenziertes Fallverständnis zu erhalten. Durch ihren Einsatz können die problemverursachenden soziodynamischen Faktoren in den zentralen Handlungssystemen aufgezeigt werden.

Sozialarbeitende können Menschen mit einer psychischen Störung dabei unterstützen, Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Möglicherweise kann damit bereits eine Stabilisierung erreicht und eine Substanzstörung verhindert werden. Und umgekehrt, bei Menschen mit einer Suchtproblematik, kann die Soziale Arbeit unter Umständen dazu beitragen, dass der Fokus nicht alleine auf der Substanzstörung liegt. Im Idealfall kann auch hier eine Ressourcen- und Lösungsorientierung dazu beitragen, weitere Störungen zu mindern oder allenfalls gar zu verhindern. Hier kann die Soziale Arbeit bereits präventiv intervenieren.

Mit dem Case Management hat die Soziale Arbeit ein weiteres wirksames Instrument zur Verfügung, um Menschen mit einer Doppeldiagnose zu begleiten. Mit dem Case Management wird das involvierte Helferinnen- und Helfersystem koordiniert und eine langfristige Hilfe gewährleistet. Durch die interdisziplinäre und interinstitutionelle Vernetzung und Zusammenarbeit wird auf die komplexe Mehrfachbelastungen und auf die vielschichtigen sozialen Probleme von Menschen mit einer Doppeldiagnose eingegangen und die Klientinnen und Klienten werden in der Erreichung ihrer individuellen Ziele unterstützt.

Aus Sicht der Sozialen Arbeit gibt es für eine bestmögliche Begleitung und Unterstützung von Menschen mit einer Doppeldiagnose auch auf der gesellschaftlichen Ebene Optimierungsmöglichkeiten. Die Soziale Arbeit müsste über die nötigen Ressourcen verfügen. Der herrschende Arbeitsdruck durch die hohen Dossierzahlen wirkt sich kontraproduktiv auch auf die Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose aus. Es ist ausserordentlich wichtig, dass die Menschen das für sie passende

Behandlungsangebot erhalten, da sonst der Klinikaufenthalt oder die Therapie oft schnell wieder abgebrochen werden. Langfristig entstehen dadurch hohe Kosten für die Gesellschaft. Es ist unabdingbar, dass die Situation von Klientinnen und Klienten sorgfältig und genau mit diagnostischen Instrumenten analysiert wird. Damit wäre eher gewährleistet, dass adäquate Lösungen gefunden werden und die Betroffenen an die richtigen Stellen vermittelt werden. Die Autorenschaft wünschte sich, dass die Gesundheits- und Sozialpolitik weniger durch finanzielle Überlegungen bestimmt würde, als es aktuell der Fall ist. Denn die Gefahr ist gross, dass durch diese kurzsichtige Sichtweise Entwicklungen übersehen werden, die zu weit grösseren finanziellen Folgeschäden führen können.

Um von einer Doppeldiagnose Betroffene zu unterstützen, ein gelingendes Leben zu führen, gilt es, die entsprechenden Infrastrukturen und Angebote zu schaffen. Es braucht zusätzliche Unterstützungsangebote, die der Heterogenität des Phänomens Doppeldiagnose gerecht werden. Damit die Klientinnen und Klienten bei der Behandlung nicht mehr zwischen Stuhl und Bank fallen, sollten die Therapieangebote zur Behandlung von Doppeldiagnose-Patientinnen und -Patienten weiter ausgebaut werden. Als ebenso wichtig einzuschätzen ist die Schaffung von Arbeits- und Wohnplätzen für Menschen, die in der heutigen Konsum- und Leistungsgesellschaft selber nicht mehr Fuss fassen können. Nur so besteht die Chance, dass die Betroffenen sich stabilisieren und reintegrieren können. Dies wirkt sich schlussendlich auch auf die Gesundheitskosten aus. Ebenso wäre der Aufbau von Selbsthilfegruppen hilfreich.

Mit Aufklärung und Information kann und soll ein Verständnis geschaffen werden für die Situation von Menschen mit einer Doppeldiagnose. Zu oft noch werden sie in der Gesellschaft als Leistungsverweigerer oder Simulanten gesehen. Noch heute werden Menschen aufgrund ihrer psychischen Störungen stigmatisiert, was sich auch negativ auf ihre Wiedereingliederung auswirkt. Die Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden mit psychischen Störungen und/oder Substanzstörungen muss gefördert werden. Das bedingt aber Offenheit und wahrscheinlich finanzielle Anreize.

7.3 Ausblick

Bei der Recherche zu den besonderen Herausforderungen von Menschen mit einer Doppeldiagnose mussten die Autorinnen und der Autor feststellen, dass es wenig Literatur über die psychosozialen Folgen einer Doppeldiagnose gibt. Wenn darauf eingegangen wird, sind es oft allgemeine und kurze Aussagen, zusammengetragen aus diversen, vom Aufbau her meist nicht miteinander vergleichbaren Studien. Die Literatur befasst sich vor allem mit psychologischen und medizinischen Aspekten. Erforscht wurden insbesondere Prävalenzzahlen, die Entstehung der psychischen Krankheiten und die dazugehörigen Risiko- und Schutzfaktoren und schlussendlich die Therapie der Krankheiten. Nicht einfacher wird die Forschung durch die Heterogenität der verschiedenen Krankheitsbilder. So ist es schwierig, allgemeingültige Aussagen zu den psychosozialen Folgen einer Dualstörung zu machen. Offensichtlich ist, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose enormen Belastungen ausgesetzt sind und oft missverstanden werden. Erstrebenswert wäre es, Forschung zur Doppeldiagnose aus Sicht

der Sozialen Arbeit zu initiieren. Denn damit könnte ein besseres Verständnis für die spezielle Situation von Menschen mit einer Doppeldiagnose geschaffen werden und dies könnte auch zu einer Sensibilisierung von Fachpersonen der verschiedensten Disziplinen führen.

Die Arbeit hatte den Fokus auf den Belastungen und Defiziten von Menschen mit einer Doppeldiagnose. Interessant wären auch Studien, die die Ressourcen von Menschen mit einer Doppeldiagnose beleuchten. Damit könnten nach Auffassung der Autorenschaft evidenzbasierte Präventionsansätze geschaffen werden.

In dieser Literaturrecherche wurde nicht näher analysiert, wie Doppeldiagnose-Patientinnen und -Patienten in der Praxis therapiert werden. Dabei dürften auch die Diagnose und Therapie von Dualstörungen genügend Material für Forschungen liefern. Viele Kliniken (in der Schweiz rund 40 %) bieten Integrative Therapien für Menschen mit einer Dualdiagnose an. Aufschlussreich wäre eine Forschungsarbeit, die untersuchen würde, wie die anderen Kliniken, die keine angepassten Angebote anbieten, mit Betroffenen umgehen und welche Erfolge sie im Vergleich auszuweisen haben. Aus Sicht der Sozialen Arbeit stellt sich auch die Frage, wie die Profession in die Diagnoseprozesse eingebunden ist oder besser eingebunden werden kann.

Eine weitere spannende Forschung wäre, wie oft ein Case Management bei der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose eingesetzt wird und wie die Erfahrungen respektive die Erfolge damit sind.

7.4 Persönliche Stellungnahme der Autorenschaft

Zu Beginn der vorliegenden Arbeit stand die Doppeldiagnose im Fokus. Die Autorenschaft wusste wenig über das Thema, war aber überzeugt davon, dass eine Vertiefung und Auseinandersetzung damit, erstrebenswert ist. Die Recherchearbeit gestaltete sich als aufwendig, aber auch sehr spannend. Die Auswahl der verschiedenen Aspekte der Problematik geschah fließend. Eine besondere Herausforderung war die Fokussierung und Abgrenzung. Die Autorenschaft entschied sich schlussendlich dafür, möglichst viele Aspekte zu beleuchten, statt sich auf wenige einzelne zu konzentrieren. Dies auch mit dem Ziel, die Heterogenität der Doppeldiagnose aufzuzeigen. Jede psychische Störung und jede Suchtstörung ist unterschiedlich, wie kann es gelingen, die jeweiligen Problematiken herauszuarbeiten? Diese Frage stand oftmals im Zentrum. Immer wieder stand die Autorenschaft vor dem Dilemma, nicht zu detailliert zu werden, aber doch die wichtigsten Aspekte zu durchleuchten. Es war eine grosse Herausforderung, diese vielschichtige Problematik in einer Arbeit aufzuzeigen, aber der Alltag der Sozialen Arbeit ist ebenso unterschiedlich und herausfordernd. Auch in diesem gilt es, den Überblick zu behalten und entsprechend zu agieren.

Mit dieser Arbeit konnte nach Meinung der Autorenschaft eine Wissenslücke geschlossen werden. Sie konnte die Relevanz der Doppeldiagnose für die Soziale Arbeit aufzeigen. Durch die Recherche ist sie sich auch bewusst geworden, dass die Soziale Arbeit, durch sorgfältige und professionelle Arbeit, einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung von Menschen mit einer Doppeldiagnose leisten kann.

8 Literatur- und Quellenverzeichnis

Angst- und Panikhilfe Schweiz (ohne Datum). *Homepage der Angst- und Panikhilfe Schweiz (APhS)*.

Gefunden am 27. April 2014, unter <http://www.aphs.ch>

Arber, Werner (1993). *Inter- und Transdisziplinarität. Warum? – wie?* Bern: Haupt.

AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz*. Bern: AvenirSocial - Professionelle Soziale Arbeit Schweiz.

Baer, Nicklas; Schuler, Daniela; Füglistler-Dousse, Sylvie & Moreau-Gruet, Florence (2013). *Depression in der Schweizer Bevölkerung. Daten zu Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (Obsan Bericht 56)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Barnow, Sven (2008). *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung*. Bern: Huber.

Basdekis-Jozsa, Raphaela (2004). Psychiatrische Komorbidität bei Suchterkrankungen. In Michael Krausz & Christian Haasen (Hrsg.), *Kompendium Sucht* (S. 105-115). Stuttgart: Thieme.

Bergmann, Rolf (2003). Soziale Veränderung bei Sucht. In Jörg Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung* (S. 506–510). Lansberg: ecomed.

Bodenmann, Guy (2009). *Depression und Partnerschaft. Hintergründe und Hilfen*. Bern: Huber.

Brodbeck, Jeannette (2007). Diagnostik von Komorbidität, psychischer Störung und Sucht. In Franz Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2., vollst. überarb. und erg. Aufl., S. 161–174). Bern: Huber.

Bundesamt für Statistik. (2014). *14 – Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10)*. Gefunden am 27.06.2014, unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/02/04.html>

Buttner, Rolf (2013). Diagnose und Kritik. In Silke-Brigitta Gahleitner, Gernot Hahn & Rolf Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik* (S. 35-48). Köln: Psychiatrie Verlag.

Caspar, Franz (1996). *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

- Dällenbach, Regula; Rügger, Cornelia & Sommerfeld, Peter (2013). Soziale Diagnostik als Teil der Beratung in der Psychiatrie. In Helmut Pauls, Petra Stockmann & Michael Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit* (S. 175-192). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Dilling, Horst (2009). *Lexikon zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen* (2. vollst. überarb. und erw. Aufl.) Bern: Huber.
- Dollinger, Bernd & Schmidt-Semisch, Henning (2007). *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Drake, Robert E. & Mueser, Kim T. (2007). Management von Patienten mit schweren psychischen Störungen und Substanzstörungen. In Franz Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2., vollst. überarb. und erg. Aufl., S. 197-213). Bern: Huber.
- Dürsteler-MacFarland, Kenneth M.; Prica, Mari & Vogel, Marc (2013). Psychotherapeutische Herausforderung in der Behandlung von Substanzstörungen: alte und neue Erkenntnisse unter Berücksichtigung psychischer Komorbidität. *Abhängigkeiten*, 19 (1), 41-59.
- Edel, Marc-Andreas & Vollmoeller, Wolfgang (2006). ADHS und Sucht. In Marc-Andreas Edel & Wolfgang Vollmoeller (Hrsg.), *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen* (S. 103–132). Berlin: Springer.
- Ehlers, Corinna (2013). *Case Management in der sozialen Arbeit*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Eich-Höchli, Dominique & Buri, Caroline (2007). Komorbidität von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen und Substanzstörungen. In Franz Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2., vollst. überarb. und erg. Aufl., S. 59–75). Bern: Huber.
- Engelke, Ernst; Borrmann, Stefan & Spatscheck, Christian (2009). *Theorien der Sozialen Arbeit: eine Einführung* (5. überarb. und erw. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Esser, Hartmut (2000). *Die Konstruktion der Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.

- Fasel, Tanja; Baer, Niklas & Frick, Ulrich (2010). *Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen. Soziodemografische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren (Obsan Dossier 13)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Flatten, Guido (2001). *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer.
- Flückiger, Christoph & Wüsten, Günther (2012). *Ressourcenaktivierung. Ein Manual für die Praxis* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Früh, Andrea (2012). Chancen und Tücken von Case Management für die Soziale Arbeit. *Sozial Aktuell*, 45 (3), 7–9.
- Gahleitner, Silke Birgitta; Schulze, Heidrun & Pauls, Helmut (2009). "hard to reach" - "how to reach"? Psycho-soziale Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In Peter Pantucek & Dieter Röh (Hrsg.), *Perspektiven sozialer Diagnostik* (S. 321-345). Wien: Lit.
- Gahleitner, Silke Birgitta (2013). *Das therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen* (3. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Geiser, Kaspar (2013). *Problem- und Ressourcenanalyse in der sozialen Arbeit. Eine Einführung in die systemische Denkfigur und ihre Anwendung* (5., überarb. Aufl.). Luzern: interact.
- Glass, Christoph (2003). Schulden. In Jörg Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung* (S. 478–479). Lansberg: ecomed.
- Groenemeyer, Axel (2012). Drogen, Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit. In Günter Albrecht & Axel Groenemeyer (Hrsg.), *Handbuch soziale Probleme* (2., überarb. Aufl., S. 433–493). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (2007). *Komorbidität Psychose und Sucht. Grundlagen und Praxis*. Darmstadt: Steinkopff.

- Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (2014). Cannabisabhängigkeit und komorbide psychische Störungen. In Marc Walter & Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen* (S. 190-199). Stuttgart: Kohlhammer.
- Grundmann, Johanna & Schäfer, Ingo (2014). Posttraumatische Belastungsstörung und komorbide Suchterkrankungen. In Marc Walter & Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen* (S. 105-115). Stuttgart: Kohlhammer.
- Haasen, Christian & Krausz, Michael (2004). *Kompendium Sucht*. Stuttgart: Thieme.
- Hahlweg, Kurt & Dose, Matthias (1998). *Schizophrenie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hammer, Matthias & Plössl, Irmgard (2013). *Irre verständlich. Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Haubl, Rolf (2013). Depression und Arbeitswelt. In Marianne Leuzinger-Bohleber, Ulrich Bahrke & Alexa Negele (Hrsg.), *Chronische Depression - verstehen - behandeln – erforschen* (S. 111–128). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hell, Daniel (2007). *Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Kessler, Ronald C.; McGonagle, Katherine A.; Zhao, Shanyang; Nelson, Christopher B.; Hughes, Michael; Eshleman, Suzann et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51 (1), 8–19.
- Klein, Michael (2003). Partner von Abhängigen. In Jörg Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung* (S. 377–384). Lansberg: ecomed.
- Kleinemeier, Eva (2004). Diagnostik und Klassifikation von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. In Christian Haasen & Michael Krausz (Hrsg.), *Kompendium Sucht* (S. 11–21). Stuttgart: Thieme.
- Knaevelsrud, Christine; Liedl, Alexandra & Stammel, Nadine (2012). *Posttraumatische Belastungsstörungen. Herausforderungen in der Therapie der PTBS*. Weinheim: Beltz.

- Krausz, Michael (1994). *Komorbidität. Therapie von psychiatrischen Störungen und Sucht*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kuntz, Helmut (2007). *Sucht - eine Herausforderung im therapeutischen Alltag*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lauth, Gerhard W. & Minsel, Wolf-Rüdiger (2009). *ADHS bei Erwachsenen. Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen*. Therapeutische Praxis. Göttingen: Hogrefe.
- Lieb, Roselind & Isensee, Barbara (2007). Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In Franz Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2., vollst. überarb. und erg. Aufl., S. 27–53). Bern: Huber.
- Lindenmeyer, Johannes (2005). *Alkoholabhängigkeit* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Löcherbach, Peter (2009). *Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit* (4., überarb. Aufl.). München: Reinhardt.
- Lüssi, Peter (2008). *Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung* (6. Aufl.). Bern: Haupt.
- Moggi, Franz & Donati, Ruth (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Göttingen: Hogrefe.
- Moggi, Franz. (2007a). Problemstellung Doppeldiagnose - eine artifizielle oder reale Komorbidität? In Franz Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2., vollst. überarb. und erg. Aufl., S. 15–24). Bern: Huber.
- Moggi, Franz (2007b). Ätiologiemodelle zur Komorbidität von Angst- und Substanzstörungen sowie von Depression und Substanzstörungen. In Franz Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2., vollst. überarb. und erg. Aufl., S. 83–103). Bern: Huber.
- Moggi, Franz (2014). Theoretische Modelle bei Doppeldiagnosen. In Marc Walter & Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen* (S. 13-22). Stuttgart: Kohlhammer.

- Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd & Deister, Arno (2013). *Psychiatrie und Psychotherapie* (5., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Morschitzky, Hans (2009). Sozialphobie und Alltag. *Psychiatria Danubia*, 21 (4), 525–532.
- Mueser, Kim T. & Drake, Robert E. (2007). Komorbidität von Schizophrenie sowie Bipolaren Störungen und Substanzstörungen. In Franz Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2., vollst. überarb. und erg. Aufl., S. 109–130). Bern: Huber.
- Najavits, Lisa M. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch*. Göttingen: Hogrefe.
- Netzwerk Case Management (2014). *Definition und Standards Case Management*. Luzern: Autor.
- Neuffer, Manfred (2007). *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien* (3., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Neuffer, Manfred (2011). Case Management in der Sozialen Arbeit. In Wolf Rainer Wendt (Hrsg.), *Case Management in der Entwicklung* (2., überarb. Aufl., S. 39-52). Heidelberg: Medhochzwei.
- Northoff, Robert (2013). *Sozialisation, Sozialverhalten und Psychosoziale Auffälligkeiten. Eine Einführung in die Bewältigung sozialer Aufgabenstellungen*. Weinheim: Juventa.
- Obrecht, Werner (1996). Sozialarbeitswissenschaft als integrative Handlungswissenschaft. In Roland Merten, Peter Sommerfeld & Thomas Koditek (Hrsg.), *Sozialarbeitswissenschaft - Kontroversen und Perspektiven* (S. 121–160). Berlin: Luchterhand Verlag.
- Ortmann, Karlheinz (2005). *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit: eine Erkundung der Praxisfelder*. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.
- Pantucek, Peter (2009). "One for all?" - Entwicklung standardisierter Verfahren der Sozialen Diagnostik. In Peter Pantucek & Diether Röh (Hrsg.), *Perspektiven sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards* (S. 37-56). Wien: Lit.
- Pantucek, Peter (2012). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit* (3. überarb. Aufl.). Wien: Böhlau.

- Pauls, Helmut (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*.
Grundlagentexte Soziale Berufe (3. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Petzold, Hilarion (1984). Integrative Therapie. *Zeitschrift Integrative Therapie*, 10 (1-2), 73–115.
- Regier, Darrel A; Farmer, Mary E.; Rae, Donald S.; Locke, Ben Z.; Keith, Samuel J.; Judd, Lewis L. et. al.
(1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the
Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA: the journal of the American Medical
Association*, 264 (19), 2511–2518.
- Röh, Dieter (2009). Klassifikation in der Sozialen Arbeit: Fluch oder Segen für die
Professionalisierung? In Peter Pantucek & Dieter Röh (Hrsg.), *Perspektiven sozialer
Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards* (S. 79–96). Wien:
Lit.
- Rüegger, Cornelia (2010). Soziale Diagnostik als Kern des professionellen Handelns - Ein
Orientierungsrahmen. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, (8-9), 35–52.
- Sachse, Rainer (2010). *Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten*.
Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Salomon, Alice (1926). *Soziale Diagnose*. Berlin.
- Sass, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael & Houben Isabel (2003). *Diagnostisches und
Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schaaf, Susanne; Grichting, Ester & Bolliger, Heidi (2009). *Doppeldiagnose – anspruchsvolle
Klientinnen und Klienten in stationärer Suchttherapie: was tun?* Zürich: Koordinationsstelle
act-info-FOS.
- Schmidt-Traub, Sigrun (2013). *Angst bewältigen* (5., vollst. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Schuler, Daniela & Burla, Laila (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan
Bericht 52)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schwoon, Dirk R. (1992). Therapeutische Anforderungen an die Behandlung von psychiatrischen
Patienten mit einer "Doppelproblematik". In Dirk R. Schwoon & Michael Krausz (Hrsg),

- Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze* (S. 133-143).
Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schwoon, Dirk R. (2003). In Jörg Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung* (S. 94–99). Lansberg:
ecomед.
- Stadler, Christina; Hofecker Fallahpour, Maria & Stieglitz, Rolf-Dieter (2014). ADHS und komorbide
Suchterkrankungen. In Marc Walter & Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische
Störungen und Suchterkrankungen* (S. 120-134). Stuttgart: Kohlhammer.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2005). Diagnose als unverzichtbares Element von Professionalität. *Neue
Praxis: Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 35 (5), 530–534.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. Bern: Haupt.
- Steil, Regina & Rosner, Rita (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Steins, Gisela (2012). *Psychologie und Case Management in der Sozialen Arbeit*. Lengerich: Pabst
Science Publishers.
- Stieglitz, Rolf-Dieter; Nyberg, Elisabeth & Hofecker Fallahpour, Maria (2012). *ADHS im
Erwachsenenalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Stieglitz, Rolf-Dieter & Volz, Hans-Peter (2007). *Komorbidität bei psychischen Störungen*. Bremen:
UNI-MED-Verl.
- Stoy, Meline; Wrase, Jana; Heinz, Andreas & Ströhle, Andreas (2006). ADHS und Sucht. *Sucht*, 52 (6),
386-394.
- Verheul, Roel (2007). Ätiologie der Komorbidität von Persönlichkeits- und Substanzstörungen. In
Franz Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2.,
vollst. überarb. und erg. Aufl., S. 143–156). Bern: Huber.
- von Spiegel, Hiltrud (2013). *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und
Arbeitshilfen für die Praxis*. München: Reinhardt.
- Walter, Marc & Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (2014). *Psychische Störungen und
Suchterkrankungen*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Walter, Marc (2014). Persönlichkeitsstörungen und komorbide Suchterkrankungen. In Marc Walter & Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen* (S. 135-143). Stuttgart: Kohlhammer.
- Walter-Hamann, Renate (2003). Armut. In Jörg Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung* (S. 49–55). Lansberg: ecomed.
- Weber, Esther (2012). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit* (3., überarb. Aufl.). Luzern: interact.
- Weltgesundheitsorganisation WHO (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Gefunden am 27. Juni 2014, unter <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>
- Weltgesundheitsorganisation WHO (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Genf: Autor.
- Wendt, Wolf Rainer (2008). *Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen* (4., überarb. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Wendt, Wolf Rainer (2010). Abkehr und Wiederkehr. Zur Kontroverse um Case Management in der Sozialen Arbeit. *Case Management*, 7 (2), 5–7.
- Wendt, Wolf Rainer (2011). *Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis* (2., überarb. Aufl.). Heidelberg: Medhochzwei.
- Williams, Mary Beth & Poijula, Soili (2012). *Das PTBS-Arbeitsbuch*. Lichtenau/Westfalen: Probst.
- Wittchen, Hans Ulrich (1996). Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *The British journal of psychiatry*, 168 (Suppl. 30), 9–16.
- Wittchen, Hans Ulrich (2011). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In Hans Ulrich Wittchen & Jürgen Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 27–55). Berlin: Springer.