

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang Sozialpädagogik
Kurs VZ 2021 – 2025

Eliane Küng

**Suchtgefahr: Selbstmedikation von ADHS durch
Substanzmissbrauch****Erklärungsansätze und Handlungsempfehlungen für die
Soziale Arbeit im stationären Kontext**

eingereicht bei Dr. Elisa Fiala

Diese Arbeit wurde am **11. August 2025** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repository veröffentlicht und sind frei zugänglich.

**Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern**



Urheberrechtlicher Hinweis:

**Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-
Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.**

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.
Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Studiengangleitung Bachelor

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 mehreren 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 und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen 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 Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im August 2025

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

In der vorliegenden Literaturarbeit widmet sich Eliane Küng der Frage, welcher sozial-pädagogische Umgang im stationären Kontext förderlich für Menschen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist, die Substanzmissbrauch zur Selbstmedikation betreiben. Die Beantwortung basiert auf einer Vereinigung bereits bestehender Erklärungsansätze und Methoden der Bereiche «ADHS» und «Substanzmissbrauch/Sucht» und aktueller Fachliteratur. Studien zeigen, dass Betroffene von ADHS häufig zu Substanzen greifen, um belastende Symptome zu lindern, was das Risiko einer Suchterkrankung deutlich erhöht. Diese Form der Selbstmedikation verstärkt oftmals den Leidensdruck, da ADHS und Suchterkrankungen sich wechselseitig beeinflussen und verschärfen können. Das komplexe Zusammenspiel der beiden Störungsbilder erhöht das Risiko für problematischen Konsum. Menschen mit ADHS und paralleler Suchtthematik weisen häufig einen negativen Störungsverlauf auf und die Entwicklung alternativer Copingstrategien stellt eine Herausforderung dar. Insbesondere in sozialpädagogischen Settings fehlen bislang spezifische Konzepte, die den besonderen Bedürfnissen dieser Klientel gerecht werden. Der Mangel an abgestimmten, integrativen Begleitansätzen verstärkt die Gefahr einer Chronifizierung destruktiver Verhaltensweisen. Die Autorin empfiehlt multimodale Ansätze, die individuell auf die Klientel mit einer Doppeldiagnose abgestimmt sind. Sozialpädagogik im stationären Bereich sollte darauf ausgerichtet sein, individuelle Bedürfnisse wahrzunehmen und fachliche Handlungsempfehlungen zu entwickeln, um langfristig suchtfreie Lebenswege fördern zu können.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	i
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Wichtige Begriffe	2
1.3 Zielsetzung, Fragestellung und Aufbau	3
1.4 Abgrenzung.....	5
1.5 Motivation und Berufsrelevanz	5
2 Substanzmissbrauch und Sucht.....	7
2.1 Begriffliche Differenzierung von Substanzmissbrauch und Sucht	7
2.1.1 Substanzmissbrauch: Definition und Klassifikation nach ICD-11.....	7
2.1.2 Sucht: Definition und Klassifikation nach ICD-11.....	8
2.2 Entstehung, Ursachen.....	8
2.2.1 Trias-Modell	9
2.2.2 Entwicklungspsychologische Perspektive	10
2.3 Verlauf und Prognose.....	10
2.4 Risikofaktoren	12
2.5 Behandlung	13
3 Grundlagen der ADHS	15
3.1 ADHS: Definition und Klassifikation nach ICD-11	15
3.2 Ursachen und Einflussfaktoren.....	15
3.3 Symptomatologie.....	17
3.4 Diagnostik	19
3.5 Behandlung	19
4 ADHS und Komorbidität.....	21
4.1 Häufige komorbide Störungen bei ADHS	21
4.2 ADHS und Substanzkonsumstörungen	22
4.2.1 Risiko- und Einflussfaktoren.....	23
4.2.2 Häufig konsumierte Substanzen	23
4.3 Substanzmissbrauch als Form der Selbstmedikation bei ADHS	25
4.3.1 Subjektiver Leidensdruck exemplarisch anhand eines Fallbeispiels.	26
4.3.2 B. F. Skinners Lerntheorie als Erklärungsansatz für Selbstmedikation	27

4.3.3 Das transaktionale Stressmodell als Erklärungsansatz für Selbstmedikation.....	28
5 Sozialpädagogische Ansätze und Konzepte.....	29
5.1 Sozialpädagogische Ansätze im Umgang mit ADHS-Betroffenen.....	29
5.1.1 Erlebnispädagogik	29
5.1.2 Psychoedukation.....	30
5.1.3 Systemischer Ansatz.....	31
5.1.4 Ressourcenorientierter Ansatz	32
5.2 Sozialpädagogische Ansätze im Umgang mit suchtbetroffenen Menschen .	32
5.2.1 Soziale Diagnostik	33
5.2.2 Casemanagement.....	33
5.2.3 Motivierende Gesprächsführung	34
5.2.4 Lebensweltorientierter Ansatz	35
6 Handlungsansätze der Soziale Arbeit: Zwischen Lebenswelt, Struktur und Stigma.....	37
6.1 Soziale Arbeit im Spannungsfeld gesellschaftlicher Erwartungen.....	37
6.2 ADHS und Substanzgebrauchsstörung: Eigene Zielgruppe, eigene Haltung	38
6.3 Pädagogische Handlungsansätze	39
6.3.1 Mikroebene	39
6.3.2 Mesoebene	41
6.4 Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Praxisstrukturen	43
6.4.1 Gestaltung von Übergängen	43
6.4.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit stärken.....	44
6.4.3 Beziehungsarbeit mit Kontinuität.....	45
7 Schlussfolgerungen und Perspektiven	46
8 Quellenverzeichnis	48

1 Einleitung

ADHS und missbräuchlicher Substanzmissbrauch bzw. Sucht, in dieser Arbeit unter «Substanzgebrauchsstörung» zusammengefasst, sind, separat betrachtet, vielschichtige Störungsbilder. Treten sie gemeinsam auf, stellt sich die Bewältigung davon als besonders komplex dar (Dirks et al., 2017, S. 336). Umso wichtiger ist ein adäquater Umgang mit betroffener Klientel und das Bewusstsein um diese Komorbidität. Die Einleitung soll die Ausgangslage, wichtige Begriffe, die Zielsetzung, die Fragestellung und den Aufbau, die Berufsrelevanz, die Abgrenzung und die Berufsrelevanz sowie Motivation der vorliegenden Arbeit aufzeigen.

1.1 Ausgangslage

Daten aus der epidemiologischen Forschung zeigen, dass die Prävalenz von ADHS bei Kindern und Jugendlichen bei ungefähr 5% der Bevölkerung liegt. Bei den Erwachsenen sind ungefähr 2,8% betroffen. Im internationalen Vergleich zeigen sich keine systematischen Differenzen in der Auftretenshäufigkeit. Diesen Zahlen zufolge kann davon ausgegangen werden, dass schweizweit knapp 300'000 Menschen von ADHS betroffen sind. ADHS ist somit eines der am häufigsten auftretenden psychischen Störungsbild (Philipsen & Döpfner, 2020, S. 910). Besonders bezeichnend ist dabei die hohe Komorbidität (Schwenck, 2022, S. 121). Unter «Komorbidität» wird das Auftreten von zwei oder mehr verschiedenen Störungsbildern zum gleichen Zeitpunkt verstanden (Kain et al., 2008, S. 757). Untersuchungen zeigen, dass mehr als 85% aller betroffener Kinder Symptome einer und 65% der Betroffenen Symptome mindestens zweier weiterer Diagnosen aufweisen (Schwenck, 2022, S. 121). ADHS ist ein beachtlicher Risikofaktor für die Entwicklung einer Substanzgebrauchsstörung (Ohlmeier et al., 2005, S. 554). Um diesem Umstand bestmöglich entgegenzuwirken, ist eine Früherkennung und multimodale Therapieansätze zielführend (Ohlmeier et al., 2005, S. 561). Selbst in der klinischen Versorgung stellt das Zusammenspiel von ADHS und Substanzgebrauchsstörungen nach wie vor eine Herausforderung dar (Dirks et al., 2017, S. 336). Die Dringlichkeit solcher Modelle auch auf den sozialpädagogischen Kontext zu übertragen, wird dadurch untermauert, dass rund 23,1% der Erwachsenen mit ADHS von einer solchen Doppeldiagnose betroffen sind. Die Prävalenz von substanzbezogenen Störungen ist demnach bei Menschen mit ADHS signifikant erhöht (Ridinger, 2016, S. 764). Schätzungen zu folge konsumieren ungefähr 18% der 16-jährigen missbräuchlich Substanzen. Hingegen wird angenommen, dass etwa 75% der Betroffenen von ADHS im selben Alter, die sich nicht in Behandlung befinden, Substanzmissbrauch betreiben. Unter Betroffenen, die ihre ADHS behandeln lassen, wird noch von ungefähr 25% ausgegangen (Hausmann,

2017, S. 57). Der Substanzkonsum entstammt dem Betreiben von Selbstmedikation, als Versuch, den Leidensdruck zu mindern (Ridinger, 2016, S. 764). Die Leidensliste ist lang und umfasst etwa Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität (Gawrilow, 2023, S. 21).

1.2 Wichtige Begriffe

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Die «Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung» wird in dieser Arbeit mit ADHS abgekürzt. ADHS, auch hyperkinetische Störung genannt, zählt mit einer Prävalenz von 2-6% zu einem der am weitesten verbreiteten Störungsbild im Kinder- und Jugendbereich. Die Symptome bleiben bei knapp der Hälfte der Fälle bis ins Erwachsenenalter bestehen, können sich aber verändern (Hässler, 2009, S. 55). Gemäss «ICD-11», der internationalen Klassifikation von Krankheiten der WHO, gelten Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität als die drei Komponenten des Störungsbildes. ADHS wird der Kategorie der «neuroentwicklungsbedingten Störungen» zugeordnet (Döpfner & Banschewski, 2022, S. 51).

Substanzmissbrauch

Unter «Substanzmissbrauch» versteht man den andauernden oder periodisch exzessiven Gebrauch von psychoaktiven Substanzen, im Wissen um deren schädliche Auswirkung auf die Gesundheit (SSAM, 2009). Missbräuchlich ist ein Konsum dann, wenn sich selbst und dem Umfeld damit Schaden zugefügt wird (Morewitz, 2024, S. 225). Substanzmissbrauch bezeichnet z. B. andauernder Konsum, der Konsum in grossen Mengen oder Konsum, in gefährlichen Situationen, wie beim Arbeiten oder Auto fahren (Morewitz, 2024, S. 227). Menschen, die Substanzmissbrauch betreiben, sind häufiger von Gesundheitsproblemen betroffen und laufen eher Gefahr, in die Obdach- oder Arbeitslosigkeit zu rutschen (Morewitz, 2024, S. 230).

Sucht vs. Abhängigkeit

Der Begriff «Sucht» entstammt dem Wort «siechen», was das Leiden an einer Krankheit bezeichnet. Dieser Begriffserklärung nach werden Suchtbetroffene als krank angesehen (Walter, 2023, S. 205). Von Sucht betroffen sind Personen, die Verhaltensweisen aufweisen, welche anfänglich zum Steigern des Wohlbefindens dienen sollten, mit der Zeit aber unkontrollierbar werden, obwohl die negativen Folgen dieses Verhaltens bekannt sind (SSAM, 2009). Die Weltgesundheitsorganisation hat den Begriff «Sucht» durch «Abhängigkeit» ersetzt, da ersterer häufig mit Diskriminierung und Abwertung einher geht (Walter, 2023, S. 205). Als abhängig gilt jemand, der auf eine Substanz nicht mehr verzichten kann. Es kommt zu körperlichen und psychischen Entzugssymptomen bei

Abstinenz (SSAM, 2009). Sucht und Abhängigkeit können also als Synonyme verwendet werden. Unter Fachpersonen bleibt diese Begriffsablösung umstritten, da in einigen Publikationen nach wie vor von Sucht gesprochen wird, z. B. im Drogen- und Suchtbericht, der jährlich seitens Bundesregierung publiziert wird. Ebenso greifen viele Hilfsangebote den Begriff «Sucht» weiter in deren Bezeichnung auf, so die «Suchtberatung» oder «Suchtkliniken» (Walter, 2023, S. 205). In der vorliegenden Arbeit wird über Personen geschrieben, die entweder missbräuchlichen Substanzkonsum betreiben oder unter einer Sucht bzw. Abhängigkeit leiden.

Um diese Bachelorarbeit möglichst leserfreundlich zu gestalten, wird zusammengefasst von einer «Substanzgebrauchsstörung» geschrieben. Dabei wird nicht differenziert, wie viele oder in welchem Ausmass Substanzen konsumiert werden.

Selbstmedikation

Die eigeninitiierte Einnahme von Präparaten, ohne Verschreibung oder ärztliche Anweisung, wird als «Selbstmedikation» bezeichnet. Dabei kann es sich um medizinische, nahrungsergänzende oder illegale Substanzen handeln. Gesamtgesellschaftlich wird Selbstmedikation häufiger von Frauen als von Männern betrieben (Zok, 2006). In der vorliegenden Arbeit wird einerseits von Selbstmedikation, im Kontext illegalen Substanzkonsums, wie z. B Marihuana oder Kokain gesprochen, anderseits vom Konsum legaler Substanzen, wie Nikotin oder Alkohol, die ebenfalls missbräuchlich eingenommen werden können. Praktizierende von Selbstmedikation erhoffen sich dadurch häufig eine Linderung ihrer Leiden. Dies ist besonders dann problematisch, wenn sich Betroffene in keine fachlich adäquate Behandlung begeben. Die Selbstmedikation an sich stabilisiert die Grundproblematik langfristig nicht (Möller, 2003, S. 986).

Komorbidität

«Komorbidität» beschreibt das Vorliegen von mehreren spezifischen Störungen bei einer Person im selben Zeitraum. Bei Betroffenen von ADHS ist die Prävalenz von Komorbiditäten erhöht, so leiden Patient*innen z. B. häufig gleichzeitig unter ADHS, einer Substanzgebrauchsstörung, Depressionen oder Angststörungen. Häufig folgt der Substanzkonsum auf die Diagnose einer ersten Störung, in diesem Fall ADHS. Dies kann damit erklärt werden, dass die erste vorliegende Störung die Schwelle für das Auftreten einer weiteren herabsetzen kann (Essau & Conradt, 2009, S. 69).

1.3 Zielsetzung, Fragestellung und Aufbau

Die vorliegende Fachliteraturarbeit zielt darauf ab, Erklärungsansätze für die hohe Prävalenz von ADHS bei Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörung herauszuarbeiten.

Bereits bestehendes Wissen, das häufig auf den klinischen Bereich bezogen ist, soll an die Sozialpädagogik angeknüpft werden. Dabei soll beachtet werden, dass die Soziale Arbeit einen anderen Auftrag verfolgt als die Medizin. Während therapeutische Massnahmen oftmals auf körperlicher und individueller Ebene stattfinden, machen es sich Professionelle der Sozialen Arbeit zur Aufgabe, systemisch und somit über die Mikroebene hinaus zu arbeiten. Damit dies gelingt, geht es darum, Sozialpädagog*innen über die Überschneidungen von ADHS und Substanzgebrauchsstörungen aufzuklären und zu erläutern, warum und wie die Störungsbilder im Alltag nicht separat betrachtet werden sollten. Weiter verfolgt diese Bachelorarbeit das Ziel, im Bereich der Handlungsempfehlungen darauf einzugehen, wie diese Erkenntnisse fortan im Alltag konkret eingebaut werden können. Die übergeordnete Frage befasst sich demnach damit, welcher Umgang sich seitens der Sozialpädagogik im stationären Kontext förderlich auf jene ADHS-Betroffene auswirken kann, die Substanzmissbrauch zur Selbstmedikation betreiben.

Im zweiten Kapitel wird der Frage nachgegangen, **wo die Unterschiede zwischen Substanzmissbrauch und Sucht liegen**. Dabei werden die Störungsbilder mittels ICD-11, der internationalen Klassifikation von Krankheiten der WHO, definiert und klassifiziert. Mittels verschiedener Modelle, z. B. dem Trias-Modell, werden unter anderem die Entstehung, die Ursachen und die Prognose von Substanzgebrauchsstörungen beleuchtet. Ebenso wird ein Überblick über bestehende Behandlungsoptionen verschaffen.

Die Frage, **wie sich ADHS charakterisiert und welche möglichen Erklärungsansätze es für die hohe Komorbidität zwischen ADHS und Substanzgebrauchsstörungen gibt**, wird im dritten und vierten Kapitel bearbeitet. Im ersten Teil wird auf die Grundlagen von ADHS eingegangen. Es erfolgt eine Darstellung der Ursachen und Einflussfaktoren, der Symptome, der Diagnostik und möglicher Behandlungen des Störungsbildes. Weiter werden in diesem Kapitel genderspezifische Symptome aufgegriffen, die Wirkung gewisser Substanzen auf ADHS-Betroffene und Risiken von Selbstmedikation werden dargelegt. Im zweiten Teil werden Komorbiditäten im Zusammenhang mit ADHS erläutert, mit dem Schwerpunkt auf ADHS und Substanzgebrauchsstörungen.

Im vierten Kapitel wird thematisiert, **inwiefern es ADHS-Betroffenen, die Selbstmedikation durch Substanzmissbrauch betreiben, erschwert ist, ein suchtfreies Leben zu führen und welche Risikofaktoren dabei bestehen**. Modelle wie die Lerntheorie nach B. F. Skinner oder das transaktionale Stressmodell sollen als Erklärungsansätze dienen, wieso es zu Selbstmedikation kommen kann.

Die Frage, **welche sozialpädagogischen Methoden ADHS-Betroffenen mit einer Substanzgebrauchsstörung Unterstützung bieten können**, wird im Kapitel fünf aufgegriffen. Es erfolgt eine Darstellung und Einordnung bereits bestehender Ansätze im Umgang mit ADHS und Substanzmissbrauch. Dabei wird eine Palette an Konzepten und Strategien, wie z. B der Psychoedukation, dem lösungsorientierten Ansatz oder der motivierender Gesprächsführung, präsentiert.

Das sechste Kapitel greift schliesslich die Frage auf, **welche Strategien und Methoden Professionelle der Sozialen Arbeit im sozialpädagogischen Kontext anwenden können, damit sich die Chance der Klientel auf ein suchtfreies Leben erhöht**. Auf der Basis der vorhergehenden Kapitel, insbesondere dem fünften Kapitel, werden Aufgaben und Verantwortlichkeiten für die Soziale Arbeit, insbesondere die Sozialpädagogik im stationären Bereich, abgeleitet. Handlungsoptionen und -empfehlungen werden dargestellt. Dies erfolgt sowohl auf der Mikro- wie auch der Mesoebene. Ebenso wird das Prinzip des «guten Grundes» beleuchtet. «Der gute Grund» soll aufzeigen, dass Selbstmedikation durch Substanzen immer einen Nutzen für Betroffene hat und Risiken dabei teilweise bewusst in Kauf genommen werden.

1.4 Abgrenzung

In der vorliegenden Bachelorarbeit liegt der Fokus auf dem Substanzmissbrauch als Form der Selbstmedikation bei ADHS-Betroffenen. Damit wird sich vom gelegentlichen oder sozial integrierten Substanzkonsum in nicht missbräuchlicher Form abgegrenzt. Bei der Betrachtung von Komorbiditäten wird sich ausschliesslich auf die Wechselwirkungen zwischen ADHS und Substanzgebrauchsstörungen fokussiert. Andere häufig mit ADHS einhergehenden psychischen Störungsbilder, wie Angststörungen oder Depressionen, werden nicht vertieft behandelt, lediglich angeschnitten. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der sozialpädagogischen Perspektive im stationären Kontext. Die erarbeiteten Erklärungsansätze und Handlungsempfehlungen können jedoch auch für andere Arbeitsbereiche von Relevanz sein, da es Überlappungen gibt.

1.5 Motivation und Berufsrelevanz

Die Autorin hat ihr Praktikum während dem Studium in einem offenen Massnahmenvollzug für männliche Jugendliche absolviert und arbeitet mittlerweile in einer anderen Institution im selben Kontext. Dabei ist zu beobachten, dass die Mehrheit der eingewiesenen Jugendlichen über eine ADHS-Diagnose verfügt und häufig Erfahrungen mit Substanzkonsum vorweist. Weiter hat die Autorin während eines dreimonatigen Praxiseinsatzes im Rahmen des Moduls 150 «Field Practice» in einer Institution für wohnungslose und/oder suchtkranke Menschen in Los Angeles gearbeitet. Dabei wurde ihr die

Gelegenheit geboten, im direkten Kontakt mit Betroffenen zu arbeiten. Im Austausch und in der praktischen Arbeit wurde deutlich, dass ein Grossteil der Klientel Symptome von ADHS aufwies oder eine entsprechende Diagnose mitbrachte. Gleichzeitig zeigte sich, dass der Substanzkonsum häufig in engem Zusammenhang mit der Bewältigung von ADHS-Symptomen stand. In der Praxis stellte die Autorin fest, dass im sozialpädagogischen Alltag ein Mangel an spezifischen Konzepten und Handlungsempfehlungen besteht, um diesen komplexen Bedürfnissen gerecht zu werden. Diese Erfahrungen führten zur Entscheidung, anlässlich dieser Bachelorarbeit vertieft mit der Thematik der Komorbidität von ADHS und Substanzgebrauchsstörungen auseinanderzusetzen und dabei insbesondere sozialpädagogische Handlungsperspektiven zu beleuchten. Nebst der Praxiserfahrung konnten bereits Grundlagen zu den zentralen Themen erarbeitet werden, wie z. B. im Modul 306 «Sucht im institutionellen Kontext» oder im Modul 309 «Zugänge zu abweichendem Verhalten».

Eine Praxisrelevanz liegt gemäss Berufskodex der Sozialen Arbeit auch deswegen vor, weil Professionelle dazu verpflichtet sind, Lösungen für soziale Probleme zu erfinden, zu entwickeln und zu vermitteln. Wird festgestellt, dass in einem Bereich des beruflichen Alltags Wissen oder konkrete Handlungsmöglichkeiten fehlen, die der entsprechenden Klientel zu einer erhöhten Lebensqualität verhelfen können, gilt es, alles daran zu setzen, diesen Umstand zu verändern. Denn die Soziale Arbeit hat Veränderungen zu fördern, um Menschen mehr Autonomie ermöglichen zu können (AvenirSocial, 2010, S. 7). Ausserdem gehört es zu den Handlungsmaximen des Berufsstandes, bei komplexen Problemstellungen, interdisziplinär zu kooperieren und Situationen umfassend und transdisziplinär zu analysieren, bewerten und bearbeiten (AvenirSocial, 2010, S. 15). Konkret bedeutet dies, wenn die Verbindung von ADHS und Substanzgebrauchsstörungen ein komplexes Problem darstellt, dass andere Forschungsfelder, wie z. B. klinische Psychologie oder Medizin mit in die Lösung einbezogen werden, da dort bereits wichtige Erkenntnisse vorliegen. Durch diese Zusammenarbeit und die Erweiterung bereits bestehender Erklärungsansätzen und Handlungsmöglichkeiten, profitiert die Klientel von mehr Autonomie, Gesundheit und einer höheren Lebensqualität. Zudem kann Professionellen der Sozialen Arbeit dazu verholfen werden, Ohnmachtsgefühle abzubauen und in die Handlung zu kommen.

2 Substanzmissbrauch und Sucht

Um die Thematik der Selbstmedikation bei ADHS-Betroffenen mit Substanzgebrauchsstörungen fundiert zu verstehen, werden in diesem Kapitel grundlegende Kenntnisse über Substanzmissbrauch und Sucht vermittelt. In einem ersten Schritt werden die Begriffe gemäss ICD-11 definiert, klassifiziert und voneinander abgegrenzt. ICD-11 steht für «International Classification of Diseases». Es ist ein, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenes, Klassifikationssystem für Erkrankungen. Die deutschsprachige Version vom ICD-11, also die «Internationale Klassifizierung von Krankheiten», wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) publiziert. Ein weiterer Fokus des Kapitels liegt auf den Entstehungsmechanismen, typischen Verläufen sowie möglichen Risikofaktoren. Zusätzlich wird ein Überblick über gängige Behandlungsansätze gegeben.

2.1 Begriffliche Differenzierung von Substanzmissbrauch und Sucht

Die Begriffe «Substanzmissbrauch», im ICD-11 als «schädlicher Gebrauch von Substanzen» bezeichnet, und «Abhängigkeit» sind im ICD-11 als eigenständige Diagnosen definiert. Sie gehören zur Hauptgruppe 06 «Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuromentale Entwicklungsstörungen». Innerhalb der Unterkategorie «Störungen durch Substanzgebrauch» werden die Definitionen und diagnostischen Kriterien für den schädlichen Gebrauch von Substanzen sowie für Abhängigkeit konkretisiert (BfArM, o.J.).

2.1.1 Substanzmissbrauch: Definition und Klassifikation nach ICD-11

Im ICD-11 wird der Begriff «Substanzmissbrauch» nicht explizit als eigene Diagnose geführt. Stattdessen wird der «schädliche Gebrauch von Substanzen» als diagnostische Kategorie verwendet. Der schädliche Gebrauch von Substanzen umfasst Konsummuster, die zu gesundheitlichen Schäden oder sozialen Beeinträchtigungen führen, und entspricht in etwa dem, was früher und teilweise bis heute unter Substanzmissbrauch verstanden wurde (BfArM, o.J.). Der schädliche Konsum einer Substanz kann, muss aber nicht zwangsläufig, zu einer Abhängigkeit führen (Arnaud & Thomasius, 2019, S. 15).

Im ICD-11 wird bei der Diagnose des schädlichen Gebrauchs von Substanzen zwischen verschiedenen Substanzgruppen differenziert, wobei für jede Gruppe ein eigener Klassifikationscode definiert ist. Auch wenn sich die diagnostischen Codes unterscheiden, beruhen die Kriterien für die Diagnosestellung auf einem einheitlichen Grundschema,

das für alle Substanzgruppen ähnlich ist. Als Beispiel kann hier der schädliche Gebrauch von Alkohol genannt werden, der unter dem ICD-Code 6C40.1 erfasst ist (BfArM, o.J.). Gemäss ICD-11 liegt dann ein schädliches Muster des Gebrauchs von Alkohol vor, wenn der Konsum entweder die eigene physische oder psychische Gesundheit beeinträchtigt oder zu Verhaltensweisen führt, die die Gesundheit anderer gefährden. Dieses Gebrauchsmuster muss entweder über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten bestehen, wenn der Konsum unregelmässig erfolgt, oder über mindestens einen Monat bei kontinuierlichem Konsum. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen können sich durch verschiedene Faktoren ergeben, etwa durch risikobehaftetes Verhalten im Rauschzustand, durch direkte oder indirekte toxische Wirkungen auf den Körper oder durch besonders riskante Konsumformen. Auch Schädigungen Dritter, z. B. körperliche Verletzungen oder psychische Belastungen infolge des intoxikationsbedingten Verhaltens der betroffenen Person, werden im Rahmen dieser Diagnose berücksichtigt (BfArM, o.J.).

2.1.2 Sucht: Definition und Klassifikation nach ICD-11

Im ICD-11 wird die Diagnose der «Abhängigkeit von Substanzen» mit einer differenzierteren Klassifikation für verschiedene Substanzgruppen geführt. Die verschiedenen Substanzen weisen weitgehend übereinstimmende Kriterien für eine Diagnosestellung auf. Das lässt sich beispielhaft an der Substanz Kokain aufzeigen. Bei Kokain, ICD-Code 6C45.2, ist die Abhängigkeit durch eine gestörte Steuerung des Konsums gekennzeichnet, die durch wiederholten oder kontinuierlichen Gebrauch entsteht. Typisch ist ein starkes Verlangen nach der Substanz, das sich in einer eingeschränkten Kontrolle des Konsums, einer zunehmenden Priorisierung des Substanzgebrauchs gegenüber anderen Aktivitäten und einer Fortsetzung trotz negativer Folgen zeigt. Begleitend treten häufig physiologische Merkmale wie Toleranzentwicklung sowie Entzugssymptome auf, die auch durch den Gebrauch ähnlicher Substanzen zur Linderung gemildert werden können. Die Merkmale der Abhängigkeit müssen in der Regel über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten bestehen, wobei eine Diagnose auch bei täglichem oder fast täglichem Konsum über mindestens drei Monate möglich ist. Darüber hinaus differenziert das ICD-11 innerhalb der einzelnen Substanzgruppen weitere Stadien und Zustände, wie z. B. den gegenwärtigen Gebrauch, frühe Vollremission, anhaltende Teilremission oder anhaltende Vollremission (BfArM, o.J.).

2.2 Entstehung und Ursachen

Der schädliche Gebrauch von Substanzen und Substanzabhängigkeit sind komplexe Krankheitsbilder, deren Entstehung auf einem multifaktoriellen Zusammenspiel

biologischer, psychischer und sozialer Einflüsse beruht (Detterer, 2022, S. 23). Strukturelle und soziale Faktoren sind massgeblich an der Entstehung suchtspezifischer Erkrankungen beteiligt und die Ursachen können demnach nicht allein durch genetische Veranlagung oder individuelles Verhalten erklärt werden. Auf der Makroebene z. B. beeinflussen die gesellschaftlichen Bedingungen die individuelle Morbidität und Mortalität. So werden Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger (sucht-)krank werden und sterben früher (Liel, 2020, S. 70). Auf der Mikroebene hingegen gilt z. B. Stress als bedeutender Risikofaktor für die Entstehung von Substanzgebrauchsstörungen. Unter Stress schüttet das Gehirn vermehrt Stresshormone wie Glucocorticoide aus, die die Anfälligkeit für psychotrope Substanzen erhöhen (SSAM, 2009). Studien zeigen, dass chronischer Stress riskantes Konsumverhalten begünstigt und auch nach dem eigentlichen Stressereignis fortwirken kann, besonders wenn der Stress früh im Leben auftritt (SSAM, 2009). Viele einzelne Faktoren können demnach zur Entwicklung einer Substanzgebrauchsstörung beitragen. Um die Entstehung und die zugrunde liegenden Ursachen besser zu verstehen, wurden unterschiedliche theoretische Modelle entwickelt. Im Folgenden werden zwei dieser Ansätze näher betrachtet: das Trias-Modell und die entwicklungspsychologische Perspektive.

2.2.1 Trias-Modell

Das Suchtdreieck, auch Trias-Modell genannt, von Kielholz und Ladewig zählt zu den bekanntesten multifaktoriellen Modellen zur Erklärung von Abhängigkeitserkrankungen. Es zielt darauf ab, Risiko- und Schutzfaktoren systematisch zu erfassen, die die Entwicklung einer Substanzgebrauchsstörung begünstigen oder verhindern können (Walter, 2023, S. 217). Es hat sich als hilfreiches Erklärungsmodell etabliert, das nicht nur für manifeste Abhängigkeitserkrankungen, sondern auch zur Analyse problematischen Konsumverhaltens genutzt werden kann. Die drei Komponenten des Modells stützen sich dabei auf unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen, etwa Psychologie, Soziologie, Genetik und Neurobiologie, die jeweils eigene Schwerpunkte bei der Erklärung der Suchtentstehung setzen. Das Modell orientiert sich am bio-psycho-sozialen Ansatz und integriert verschiedene Einflussfaktoren, die in den drei Bereichen Person, Umwelt und Substanz verortet sind (Detterer, 2022, S. 24). Entwickelt Anfang der 1970er-Jahre, geht das Trias-Modell davon aus, dass Drogenmissbrauch aus dem Zusammenspiel verschiedener Elemente entsteht. Zum Bereich «Person» zählen körperliche und genetische Voraussetzungen, biologische Anfälligkeiten sowie psychische Merkmale wie Persönlichkeitseigenschaften. Der Umweltfaktor umfasst soziokulturelle Bedingungen, etwa Einstellungen zum Drogenkonsum, soziale Herkunft, Lebensumstände und familiäre Strukturen. Der Bereich «Droge» bezieht sich auf substanzspezifische Effekte, die Art und Häufigkeit der Einnahme sowie die konsumierte Dosis (Türk & Bühringer, 1999, S.

586). Besonders relevant ist, dass diese Einflussfaktoren nicht isoliert betrachtet werden, sondern in dynamischer Wechselwirkung zueinander stehen. Das Modell betont somit die komplexe und vernetzte Entstehungsweise von Suchtverhalten (Walter, 2023, S. 220). Kritisch wird jedoch angemerkt, dass geschlechtsspezifische Unterschiede bislang unzureichend berücksichtigt werden, obwohl das Geschlecht eine zentrale Rolle im Hinblick auf Konsummuster und Risikofaktoren spielt (Detterer, 2022, S. 25).

2.2.2 Entwicklungspsychologische Perspektive

Ein weiteres Erklärungsmodell zur Entstehung von Substanzgebrauchsstörungen ist die entwicklungspsychologische Sichtweise. Besonders im Fokus stehen dabei die Entwicklungsaufgaben, die es im Jugendalter zu bewältigen gilt. Erste Erfahrungen mit Alkohol oder Tabak finden häufig in dieser Lebensphase statt und geschehen meist im sozialen Kontext. Das Konzept der Entwicklungsaufgaben geht davon aus, dass Jugendliche ihre Entwicklung aktiv gestalten, indem sie sich Ziele setzen und versuchen, diese selbstständig zu erreichen. Das Jugendalter ist dabei gekennzeichnet durch ein Zusammenspiel biologischer Veränderungen, gesellschaftlicher Erwartungen sowie individueller Vorlieben. Aus dieser Wechselwirkung ergeben sich spezifische Entwicklungsaufgaben, deren Bewältigung auch gesundheitsbezogenes Verhalten umfassen kann, z. B. Ernährung, Sport oder eben auch der Konsum von Suchtmitteln. In diesem Zusammenhang kann der Substanzkonsum eine funktionale Rolle spielen, wenn er zur Bewältigung dieser Aufgaben beiträgt. So kann der Konsum etwa zu Anerkennung im Freundeskreis führen oder ein Zeichen der Abgrenzung gegenüber den Eltern setzen. Problematisch wird der Konsum dann, wenn er kompensatorisch eingesetzt wird, etwa bei sozialen Schwierigkeiten oder als Selbstmedikation. Wird in solchen Fällen z. B. Cannabis verwendet, um Einsamkeit zu überbrücken oder Belastungen zu vergessen, handelt es sich um dysfunktionalen Konsum (Walter, 2023, S. 220). Der dysfunktionale Konsum, der als Bewältigung von Krisen betrieben wird, kann sich zu einem dauerhaft problematischen Konsum entwickeln (Walter, 2023, S. 221).

2.3 Verlauf und Prognose

Der Verlauf einer Substanzgebrauchsstörung zeigt häufig ein schwankendes, chronisches Muster. Betroffene erleben immer wieder Zeitperioden, in denen sie den Konsum reduzieren oder einstellen wollen und entsprechende Versuche unternehmen. Oft sind diese nicht langfristig erfolgreich (Prölss et al., 2019, S. 14). Der Verlauf ist unter anderem vom Konsumtyp abhängig. So wird zwischen Konsumtyp A und Konsumtyp B unterschieden. Betroffene des Typs A beginnen bereits im Kindes- oder Jugendalter mit

dem Substanzkonsum. Dies verschlechtert die Prognose auf eine spätere Abstinenz. Betroffene des Typs B hingegen, starten häufig erst Mitte zwanzig mit dem Konsum, was tendenziell eine günstigere Entwicklung mit sich bringt (Schnell, 2019, S. 12). Die Herausforderung einer dauerhaften Abstinenz zeigt sich etwa in der Untersuchung einer Krankenkasse, der zufolge alkoholabhängige Menschen im Durchschnitt sieben Anläufe benötigen, um langfristig abstinent zu bleiben (Prölss et al., 2019, S. 14).

Der Verlauf einer Substanzgebrauchsstörung lässt sich in drei zeitlich geordnete Phasen einteilen: die Phase des Erstkonsums, die Gewöhnungsphase und die Abhängigkeitsphase. In der Phase des Erstkonsums spielen soziale Einflüsse eine zentrale Rolle, etwa ein alkoholabhängiger Vater oder Peers, die Substanzen konsumieren. Wie im vorhergehenden Abschnitt beschrieben, sind auch entwicklungsbedingte Faktoren wie die Reife des Nervensystems, die Fähigkeit zur Emotionsregulation sowie problematische Sozialisationsprozesse bedeutsam. In der Gewöhnungsphase stehen Anpassungsvorgänge im Vordergrund, insbesondere auf neurobiologischer Ebene. Gleichzeitig tragen psychosoziale Bedingungen zur Stabilisierung des Konsumverhaltens bei und fördern die Entwicklung einer Abhängigkeit. Eine solche Bedingung kann z. B. sein, dass der Konsum zur Selbstmedikation oder Stressbewältigung dient und es an anderen Bewältigungsstrategien mangelt (Schnell, 2019, S. 12). Bei vielen Betroffenen bleibt es bei der zweiten Phase. Hierbei kann von missbräuchlichem Konsum gesprochen werden. Auch wenn der Konsum hier schon als dysfunktional eingestuft werden kann, muss daraus nicht grundsätzlich eine Abhängigkeit entstehen (Arnaud & Thomasius, 2019, S. 15). In der Abhängigkeitsphase kommen schliesslich geringe Problemlösungsfähigkeiten, eine niedrige Stresstoleranz und tief verankerte dysfunktionale Annahmen dazu, die ausschlaggebend für die Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit sind (Schnell, 2019, S. 12). Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die Entwicklung einer Substanzgebrauchsstörung oft durch einen frühen Konsumbeginn in der Adoleszenz geprägt ist. Besonders beim Cannabiskonsum zeigt sich, dass etwa 10% der Konsumierenden im Laufe der Zeit eine Abhängigkeit entwickeln. Früh begonnener Konsum ist zudem mit einem erhöhten Risiko für Folgestörungen wie kognitiven Defiziten oder psychotischen Erkrankungen assoziiert (Schnell, 2019, S. 12). Ein weiteres Merkmal vieler Suchtverläufe ist der Übergang vom reinen Konsum zu Mischkonsum bzw. Polytoxikomanie. Betroffene konsumieren dann nicht nur eine Substanz, sondern wechseln oder kombinieren verschiedene Wirkstoffe (Schnell, 2019, S. 13). Dabei spielt weniger die Konsummenge oder -dauer eine Rolle für einen ungünstigen Verlauf, sondern vielmehr die psychische Grundverfassung. Eine geringe Selbstwirksamkeit und ausgeprägte Gehemmtheit scheinen prädiktiv für problematischen Konsum zu sein. Zudem deutet sich an, dass insbesondere psychische

Belastungen und Bewältigungsprobleme den Substanzkonsum verstärken und aufrechterhalten können (Schnell, 2019, S. 14).

2.4 Risikofaktoren

Unter Risikofaktoren werden Bedingungen verstanden, welche die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung oder die Aufrechterhaltung einer Substanzgebrauchsstörung erhöhen. Dabei wird der Konsum als dynamischer Prozess verstanden, beeinflusst durch biografische und entwicklungsbezogene Faktoren. Besonders die Jugendphase zeigt sich dabei als zentrales Element. Diese Lebensphase ist durch Identitätsfindung, Loslösung vom Elternhaus und hohe Anpassungsanforderungen geprägt. Eine erhöhte Experimentierfreude und der Wunsch nach Zugehörigkeit begünstigen hier den Konsum von legalen und illegalen Substanzen (Türk & Bühringer, 1999, S. 584). Bei Jugendlichen scheint der soziale Status der Eltern weniger Einfluss auf den Drogenkonsum zu haben. Psychologische Merkmale hingegen, wie ein geringes Gefühl der Selbstwirksamkeit oder ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Kontrolle, wurden als mögliche Risikofaktoren identifiziert. Früh auftretende Störungsbilder in Kindheit und Jugend können zusätzlich eine erhöhte Vulnerabilität bedingen. Dabei zeigen sich enge Zusammenhänge zwischen missbräuchlichem Konsum und psychischen Erkrankungen (Perkonigg et al., 1996, S. 290) Besonders relevant zeigt sich bei Kindern und Jugendlichen zudem das schulische Umfeld. Schulversagen, Misserfolge und ein daraus resultierendes geringes Selbstwertgefühl können dazu führen, dass Jugendliche durch Substanzkonsum versuchen, ihre Identität zu stabilisieren. Wiederholtes Scheitern kann Bindungen an problematische Gruppen fördern, in denen abweichendes Verhalten Anerkennung erfährt. Studien zeigen deutliche Zusammenhänge zwischen fehlendem Schulerfolg, Schulabbrüchen und frühem Drogenkonsum (Türk & Bühringer, 1999, S. 584). Auch Gleichaltrige können die Entwicklung einer Substanzgebrauchsstörung beeinflussen. Der Einfluss von Peers wirkt sich jedoch besonders auf die Häufigkeit und Aufrechterhaltung des Konsums und weniger auf die Initiation aus (Türk & Bühringer, 1999, S. 585). Die familiäre Vorbelastung ist ebenso ein Risikofaktor. Kinder suchtkranker Eltern weisen demnach ein deutlich erhöhtes Risiko auf, selbst eine Abhängigkeit zu entwickeln. Nebst der kritischen Phase der Adoleszenz gehören auch soziodemografische Merkmale wie Alter und Geschlecht zu den häufig untersuchten Merkmalen. Alkohol, Nikotin und illegale Drogen werden z. B. in der Altersgruppe der 18- 25-Jährigen öfters von Männern konsumiert. Bei Psychopharmaka hingegen zeigen Frauen eine grössere Anfälligkeit, besonders im höheren Lebensalter. Bei Erwachsenen erhöhen ausserdem niedrigere sozioökonomische Bedingungen, wie ein tiefer Bildungsstand und finanzielle Schwierigkeiten, das Risiko für Alkohol- und Tabakkonsum. Psychosoziale Belastungen,

wie Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Unterstützung oder ungünstige Bewältigungsstrategien, erhöhen das Risiko für den Substanzgebrauch zusätzlich. Besonders gefährdet sind Personen, die in belastenden Situationen auf Substanzen zurückgreifen, um kurzfristig Erleichterung zu erfahren. Ebenso wirken substanzbezogene Faktoren mit. Ein früher Einstieg in den Konsum sowie positive Erwartungen an die Wirkung bestimmter Substanzen erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer späteren Substanzgebrauchsstörung weiter (Perkonigg et al., 1996, S. 290).

2.5 Behandlung

In diesem Abschnitt wird die Behandlung von Substanzgebrauchsstörungen nur oberflächlich behandelt, um einen allgemeinen Überblick über die Möglichkeiten der Interventionen zu geben und aufzuzeigen, was dabei besonders beachtet werden soll. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit konkreten sozialpädagogischen Konzepten und Handlungsempfehlungen erfolgt in den Kapiteln fünf und sechs.

Die Behandlung von Substanzgebrauchsstörungen ist komplex und erfordert in der Regel eine enge Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen. Diese Interprofessionnalität kann eine Herausforderung darstellen, da sie durch unterschiedliche berufliche Hintergründe, Ausbildungswege und Denkweisen erschwert wird. Fachpersonen aus Medizin, Psychotherapie und Sozialer Arbeit bringen jeweils eigene Sichtweisen, Methoden und Prioritäten mit, was zu Spannungsfeldern führen kann (Berthel, 2021, S. 13). Fachkräfte der Sozialen Arbeit spielen eine zentrale Rolle bei der Begleitung betroffener Menschen. Durch ihr beziehungsorientiertes Handeln gelingt es oft, selbst mit einer als „schwierig“ geltenden Klientel eine tragfähige Beziehung aufzubauen. Diese Beziehung kann die Bereitschaft zur Veränderung fördern und das Vertrauen in weiterführende Hilfen stärken, etwa im Hinblick auf längerfristige Unterstützungsangebote, wie etwa stationäre Rehabilitationsmassnahmen (Hansjürgens, 2019, S. 34). Substanzgebrauchsstörungen können im Rahmen einer Behandlung aus medizinischer, psychischer, neurobiologischer oder sozialer Perspektive betrachtet werden. Um Betroffene bestmöglich zu unterstützen, ist eine koordinierte, aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit nötig, bei der verschiedene fachliche Blickwinkel gleichwertig integriert werden (Sommerfeld, 2019, S. 4). Zwar herrscht in der Fachwelt inzwischen weitgehend Konsens über die Notwendigkeit eines bio-psycho-sozialen Behandlungsansatzes, doch in der Öffentlichkeit und teils auch in politischen Diskursen dominieren weiterhin veraltete Vorstellungen, etwa die Idee, dass völlige Abstinenz der einzige sinnvolle Weg sei oder dass Substanzkonsum grundsätzlich moralisch verwerflich sei (Berthel, 2021, S. 13). Während der Behandlung einer Substanzgebrauchsstörung sollen Ziele und Vorgehensweisen gemeinsam mit allen Beteiligten, insbesondere mit den Betroffenen selbst, abgestimmt

werden. So können Ressourcen optimal genutzt und eine nachhaltige Stabilität angepeilt werden. In diesem Zusammenhang spricht man von einem integriert-integrativen Behandlungsansatz. Dieser vereint zwei Ebenen. Zum einen die strukturierte Kooperation mehrerer Institutionen und Fachbereiche (integriert), zum anderen den gezielten Einsatz verschiedener bewährter Methoden und Erklärungsmodelle, die sich sinnvoll ergänzen (integrativ) (Berthel, 2021, S. 14). Damit Therapie langfristig wirksam ist, sollten psychosoziale und medizinische Interventionen eng miteinander abgestimmt sein. Stationäre Therapien sind zwar weiterhin ein zentraler Bestandteil der Suchthilfe, doch eine enge Anbindung an die Alltagswirklichkeit der Betroffenen ist ebenso zu beachten (Sommerfeld, 2019, S. 12).

3 Grundlagen der ADHS

Dieses Kapitel umfasst grundlegende Informationen zum Störungsbild der ADHS. ADHS zählt zu den häufigsten psychiatrischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ungefähr fünf Prozent der Weltbevölkerung ist vom Störungsbild betroffen (Hohmann et al., 2022, S. 203). Im Folgenden wird das Störungsbild näher erklärt. Zunächst wird ADHS gemäss der aktuellen Klassifikation nach ICD-11 definiert und eingeordnet. Anschliessend werden zentrale Aspekte zu den Ursachen und den Einflussfaktoren dargestellt. Weiter wird auf die Symptomatologie, inkl. Genderdifferenz, und die Diagnostik eingegangen. Auch der aktuelle Stand der Behandlungsmöglichkeiten wird beleuchtet.

3.1 ADHS: Definition und Klassifikation nach ICD-11

Die ADHS ist eine psychische Störung, geprägt durch ein mindestens sechs Monate anhaltendes Verhaltensmuster. Im ICD-11 wird das Störungsbild unter dem Code 6A05 definiert und klassifiziert. Die Kernsymptome der ADHS sind Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität, sowie Impulsivität. Dabei gibt es drei Untertypen: «vorwiegend unkonzentriert», «vorwiegend hyperaktiv-impulsiv» und die Kombination der beiden. Die Unaufmerksamkeit ist durch eine verkürzte Aufmerksamkeitsspanne und leichte Ablenkbarkeit gekennzeichnet. Vermehrte Aktivität und Probleme mit Stillhalten, deuten auf Hyperaktivität hin. Selbstkontrolle kann herausfordernd sein, ebenso wie das Einhalten gewisser Strukturen. Verspüren Betroffene den Drang nach einer unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung, und handeln sie daraufhin, ohne die unmittelbaren Folgen zu bedenken, kann von Impulsivität ausgegangen werden. Diese Symptome können sich destruktiv auf verschiedene Lebensbereiche auswirken. Es kann zu schulischen, beruflichen oder sozialen Herausforderungen kommen. Die Symptome können je nach Person variieren und sich im Verlauf des Lebens abschwächen oder weiterentwickeln. Eine Diagnose setzt voraus, dass die Verhaltensauffälligkeiten in mehreren Lebensbereichen beobachtbar und nicht passender durch andere psychische Störungen oder Substanz-einflüsse erklärbar sind (BfArM, o.J.).

3.2 Ursachen und Einflussfaktoren

Die ADHS gilt als komplexes Störungsbild, dessen Entstehung nicht auf eine einzelne Ursache zurückgeführt werden kann. Es handelt sich um ein Zusammenspiel verschiedener biologischer, psychischer und sozialer Einflussfaktoren, die unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Die Forschung der letzten Jahrzehnte deutet jedoch darauf hin, dass genetische Faktoren die zentrale Rolle bei der Entstehung von ADHS spielen (Krause et al., 2014, S. 20). So entwickelt etwa die Hälfte aller Kinder von betroffenen Eltern selbst

ADHS. Auch Zwillings- und Adoptionsstudien verdeutlichen den Einfluss genetischer Veranlagung. Bei eineiigen Zwillingen zeigt sich in etwa 80-90% der Fälle eine Übereinstimmung im Auftreten von ADHS, während dieser Wert bei zweieiigen Zwillingen bei rund 30% liegt. Darüber hinaus gibt es Hinweise auf Veränderungen in bestimmten Genen, insbesondere solchen, die die Dopaminverarbeitung betreffen. Vermutet wird, dass genetische Abweichungen an Rezeptoren wie D2 oder D4 die Signalübertragung im Gehirn beeinflussen (Brandau et al., 2023, S. 29). Die Annahme einer genetischen Grundlage für ADHS kann Eltern und Fachpersonen dabei helfen, das Verhalten betroffener Kinder besser zu verstehen und dieses nicht als absichtliches Fehlverhalten zu deuten. Deren Bedürfnisse sollen ernst genommen werden, um den Umgang mit herausfordern- den Situationen entsprechend vermitteln zu können (Brandau et al., 2023, S. 30). Nebst den genetischen, wird ebenso von neuroanatomischen Ursachen ausgegangen. Neurowissenschaftliche Studien weisen darauf hin, dass ADHS mit strukturellen Unterschieden im Gehirn einhergehen kann. So zeigen betroffene Kinder z. B. in der rechten Hirnhälfte vergrösserte Nervenbündelstrukturen. Bei Kindern ohne ADHS wurde dies tendenziell nicht festgestellt. Zudem wurden im «präfrontalen Cortex», dem Hirnbereich zuständig für die Aufmerksamkeit, die Entscheidungsfindung und die Emotionsregulation, verringerte Durchblutungswerte festgestellt. Weitere Untersuchungen ergaben, dass der «Corpus callosum», der Balken, der beide Gehirnhälften verbindet, bei betroffenen Kindern leicht verkleinert sein kann. Ebenso auffällig zeigt sich die Strukturabweichung des «Nucleus caudatus», dem Hirnbereich, zuständig für die Bewegungssteue- rung und Impulskontrolle. Bereits bei Kleinkindern konnten hier deutliche Größenunterschiede festgestellt werden (Brandau et al., 2023, S. 34). Auch das «Kleinhirn» hat einen Einfluss auf die kognitiven Prozesse. Eine zerebelläre Schädigung kann so z. B. zu einem verminderten räumlichen und konstruktiven Vorstellungsvermögen führen oder die Planung von Aktivitäten erschweren (Krause et al., 2014, S. 26). Weiter können neurochemische Prozesse Ursache für die Entwicklung von ADHS sein. Es wird davon ausgegangen, dass bei ADHS eine Störung des Gleichgewichts zwischen be- stimmten Botenstoffen vorliegt, wie Dopamin, Serotonin und Noradrenalin. Besonders Nervenverbindungen, die bei der Steuerung von Bewegung, Aufmerksamkeit und Im- pulskontrolle eine zentrale Rolle spielen, stehen dabei im Fokus. Auch wenn der spezi- fische Nachweis noch aussteht, wird angenommen, dass ADHS mit einer ineffizienten Nutzung von Neurotransmittern in bestimmten Hirnarealen zusammenhängt. Da stimu- lierende Medikamente wie Ritalin die Ausschüttung dieser Neurotransmitter steigern, wird vermutet, dass eine verminderte Produktion dieser Stoffe eine Rolle bei der Entste- hung von ADHS spielen könnte (Brandau et al., 2023, S. 35). Nebst den erläuterten Ursachen für ADHS gibt es gewisse Einflüsse, die nicht direkt Einfluss auf die

Entstehung des Störungsbild haben, jedoch als verstärkende Faktoren betrachtet werden. Dabei wird von psychosozialen Faktoren gesprochen (Brandau et al., 2023, S. 37). Solche psychosozialen Bedingungen können den Verlauf und die Ausprägung der Symptome beeinflussen, sie gelten jedoch nicht als Auslöser von ADHS. Demnach gelten Annahmen, dass ADHS auf schlechte Erziehung oder familiäre Belastungen zurückzuführen sei, heute als überholt. Ein unterstützendes und strukturiertes Erziehungsumfeld kann aber helfen, Symptome wie Hyperaktivität oder Impulsivität zu mildern. Studien zeigen, dass eine positive Eltern-Kind-Beziehung sowie eine stabile Bindung in der frühen Kindheit die Selbstregulation und Hirnentwicklung fördern und entlastend wirken können (Brandau et al., 2023, S. 39).

3.3 Symptomatologie

Menschen mit ADHS zeigen oft eine starke Unruhe und haben Probleme, sich vor zu vielen Eindrücken zu schützen. Geräusche oder optische Reize nehmen sie stärker wahr, was sie in Situationen mit hohen Anforderungen schnell überfordern kann. Viele Betroffene können Reize schlechter filtern und fühlen sich rasch überlastet. Sie berichten von schneller geistiger Erschöpfung, z. B. im Strassenverkehr, oder von Stress am Arbeitsplatz. Das kann dazu führen, dass gewisse Situationen gemieden werden oder die Betroffenen sich zurückziehen. Oft fällt es schwer, Ordnung zu halten oder an wichtige Dinge wie den Schlüssel oder an vereinbarte Termine zu denken (Krause et al., 2014, S. 75). Nebst der Vergesslichkeit wird das Kernsymptom der Unaufmerksamkeit auch von Flüchtigkeitsfehlern und Ablenkbarkeit geprägt. So haben Betroffene z. B. oft Mühe, Anweisungen und Instruktionen Folge zu leisten. Viele haben Mühe damit, sich auf eine Sache zu fokussieren (Gawrilow, 2023, S. 21). Aufgaben konsequent zu Ende zu bringen oder still abzuwarten, kann herausfordernd sein (Krause et al., 2014, S. 78). Ein weiteres Kernsymptom von ADHS ist die erhöhte Impulsivität. Betroffene handeln oft spontan, ohne lange nachzudenken (Krause et al., 2014, S. 87). Häufig wird in unpassenden Situationen gesprochen oder geantwortet. Der Redefluss anderer wird unterbrochen, da die Wartezeit unerträglich scheint (Gawrilow, 2023, S. 22). Das Selbstwertgefühl leidet häufig, weil Menschen mit ADHS erleben, dass sie Erwartungen nicht erfüllen können. Viele berichten z. B. von Problemen im Beruf oder in der Schule, etwa durch Leistungsschwächen oder Kritik, was weiter zu Selbstzweifel und dem Gefühl der Überforderung führen kann (Krause et al., 2014, S. 81). Das Kernsymptom der Hyperaktivität zeigt sich bei Erwachsenen meist nicht mehr so deutlich wie bei Kindern. Während die Hyperaktivität bei jungen Betroffenen häufig in übertriebenen Bewegungen oder erschwerter Feinmotorik ersichtlich ist, zeigt sich diese im Erwachsenenalter eher in kleinen, nervösen Gesten wie Tippen oder Wippen. Viele ADHS-Betroffene empfinden eine

innere Unruhe und fühlen sich erst dann wohl, wenn sie körperlich aktiv sind. Lange oder monotone Tätigkeiten erweisen sich als besonders anstrengend (Krause et al., 2014, S. 85). Die Hyperaktivität bei Kindern führt häufig dazu, dass diese auch nach Ermahnung nicht stillsitzen oder sich ruhig verhalten können. Dadurch wirken sie getrieben und stören häufig den Schulunterricht (Gawrilow, 2023, S. 22). Feinmotorische Schwierigkeiten, wie ungenaues Ausmalen oder langsames Schreiben fallen bei Kindern oft schon früh auf. Bei Erwachsenen hingegen treten diese motorischen Defizite meist nur noch abgeschwächt auf. Dies äussert sich dann z. B. in Form einer undeutlichen Handschrift (Krause et al., 2014, S. 85).

Genderaspekte

Gemäss Statistiken ist der Anteil männlicher Betroffener von ADHS höher als der Anteil von weiblichen Betroffenen. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Jungen früher damit diagnostiziert werden und das Störungsbild bei ihnen klarer von aussen ersichtlich ist. Bei Mädchen ist das Symptom der Unaufmerksamkeit häufig zentral, was im Alltag weniger auffällt als z. B. die Hyperaktivität (Gawrilow, 2023, S. 52). Studien zeigen, dass weibliche Betroffene häufiger an internalisierten Symptomen leiden, während es bei männlichen Betroffenen eher externalisierende Symptome sind. Beispiele für internalisierende Symptome sind körperliche Beschwerden wie Bauch- oder Kopfschmerzen, soziale Probleme und Unaufmerksamkeit. Hyperaktivität, Regelverstösse und impulsive Handlungen hingegen gehören zu externalisierenden Verhaltensweisen (Retz-Junginger et al., 2007, S. 1046). Frauen mit ADHS kämpfen häufig mit einem ausgeprägten Gefühl von Überforderung im Alltag. Haushalt, Wäsche und Ordnung erscheinen ihnen oft als kaum zu bewältigende Aufgaben, was mit tief verankerten Selbstzweifeln und Schamgefühlen einhergeht. Das innerliche Chaos kann sich dadurch weiter verstärken. Dies kann zu sozialen Rückzug und Selbstisolation führen (Krause et al., 2014, S. 80). Ein zentrales Thema bei Frauen mit ADHS ist die Schwierigkeit, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden. Dadurch fällt es ihnen schwer, Prioritäten zu setzen, was zusätzlich zur inneren Unruhe beiträgt (Krause et al., 2014, S. 83). Viele Frauen suchen erst spät Unterstützung, da ihre Symptome äusserlich oft weniger erkennbar sind. Stattdessen ziehen sie sich eher zurück oder zeigen erhöhte emotionale Reaktionen (Krause et al., 2014, S. 85). Die Diagnostik von ADHS sollte sich bei männlichen und weiblichen Betroffenen unterscheiden. Besonders geeignet für Frauen scheint z. B. das neuropsychologische Testverfahren, da sich die Abbildung von Unaufmerksamkeit damit am besten abbilden lässt (Gawrilow, 2023, S. 55). Auch innerhalb der Therapie sollten die Geschlechterdifferenzen beachtet werden. Da sich die Symptomatiken zwischen männlichen und weiblichen Betroffenen unterscheiden, soll der Fokus unterschiedlich gesetzt werden (Gawrilow, 2023, S. 56). Aussagen zu

geschlechtsspezifischen Unterschieden bei ADHS gestalten sich teilweise herausfordernd, da frühere Studien überwiegend mit männlichen Stichproben durchgeführt wurden und somit Daten zu weiblichen Betroffenen fehlten. Inzwischen konnte diese Lücke teilweise geschlossen werden (Retz-Junginger et al., 2007, S. 1046).

3.4 Diagnostik

Das diagnostische Vorgehen bei ADHS ähnelt dem Vorgehen bei anderen psychischen Störungen. Ziel der Diagnostik ist es, das Vorliegen und die Ausprägung einer möglichen ADHS-Symptomatik anhand der Kriterien internationaler Klassifikationssysteme, z. B. dem ICD-11, festzustellen (Kahl et al., 2012, S. 11). Im Gegensatz zu vielen anderen psychischen Störungsbildern basiert die ADHS-Diagnose nicht auf klassisch psychopathologischen Symptomen, sondern auf alltagsnahen Verhaltens- und Erlebensmerkmalen. Dabei sind möglichst viele Informationsquellen einzubeziehen. Von Schul- oder Arbeitszeugnissen über Berichte von Angehörigen bis hin zur Selbstauskunft der Betroffenen, die im Erwachsenenalter meist die wichtigste Quelle des Diagnoseprozesses darstellt. Der diagnostische Prozess verläuft mehrstufig. Zunächst kann bei Verdacht ein Screening erfolgen. Wird dieser bestätigt, folgen strukturierte Interviews und psychometrische Tests zur genaueren Diagnostik und Erfassung des Schweregrads (Stieglitz, 2023, S. 16). Im Allgemeinen kann eine verlässliche Diagnose einer ADHS erst nach Beginn der Schulzeit gestellt werden. Im Vorschulalter ist eine Diagnosestellung nur bei stark ausgeprägter Symptomatik möglich. Bei Kindern im Alter von drei bis vier Jahren lässt sich keine sichere Diagnose stellen und vor dem dritten Lebensjahr sollte ADHS grundsätzlich nicht diagnostiziert werden (Chladek et al., 2023, S. 214). Eine zentrale Voraussetzung für die Diagnosestellung bei Erwachsenen ist der Nachweis, dass die Symptome bereits in Kindheit oder Jugend bestanden. Im Erwachsenenalter treten die klassischen Symptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität meist in veränderter Form auf. Die Diagnostik erfordert daher eine sorgfältige Anamnese, um die Entwicklung der Symptome über den Verlauf des Lebens hinweg nachvollziehen zu können (Stieglitz, 2023, S. 14). Bei Erwachsenen steht eine ausführliche klinisch-psychologische Anamnese im Zentrum der Diagnostik. Ergänzt wird sie durch Interviews, Fragebögen und neuropsychologische Testverfahren (Chladek et al., 2023, S. 215). Viele der Betroffenen wurden in der Kindheit und Jugend nicht diagnostiziert, weil sich die Störung erst im Erwachsenenalter als klinisch relevant herausstellte (Stieglitz, 2023, S. 14).

3.5 Behandlung

Die Therapie der ADHS hat in den letzten Jahren zunehmend an Relevanz gewonnen. Betroffene leiden häufig unter erheblichen Einschränkungen im beruflichen und privaten

Alltag, weshalb eine gezielte Behandlung zentral ist. Besondere Herausforderungen der Behandlung können geschlechterspezifische Symptome, das Auftreten von Komorbiditäten und neurokognitiven Auffälligkeiten sein. Allgemein wird ein multimodaler Therapieansatz, bei dem medikamentöse und psychotherapeutische Massnahmen kombiniert werden, empfohlen. Fachpersonen sollten individuelle Behandlungspläne entwickeln, idealerweise im Rahmen eines interdisziplinären Teams. Ziel dabei sollte die nachhaltige Linderung der Symptome und die Verbesserung der Lebensqualität sein (Philipsen & Atzor, 2025, S. 27). Gemäss aktuellem Wissensstand gilt die medikamentöse Behandlung als erster Schritt einer Behandlung (Philipsen & Atzor, 2025, S. 29). Grundlage dessen ist eine sorgfältige Indikationsstellung. Patient*innen sollen dabei individuell aufgeklärt und aktiv in die Behandlungsplanung eingebunden werden. Neben den bewährten Medikamenten wie den Psychostimulanzien Methylphenidat und Lisdexamphetamin stehen auch Nicht-Stimulanzien wie Atomoxetin zur Verfügung. Letztere stellen z. B. bei komorbid Störungen oder einer Suchtvorgeschichte eine wichtige Alternative dar (Ahlers, 2022, S. 29). Eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung, regelmässige Verlaufskontrollen und eine jährliche Überprüfung der Medikation sind dabei zu beachten. Neben der medikamentösen Behandlung spielt die Psychotherapie eine zentrale Rolle. Besonders die kognitive Verhaltenstherapie zeigt nachweisbare Effekte auf Zeitmanagement, Selbstorganisation und das allgemeine Wohlbefinden Betroffener. Ebenso bietet die Psychoedukation, also das Aufklären über das Störungsbild, eine wichtige Grundlage (Philipsen & Atzor, 2025, S. 29). Auch Gruppentherapien können Betroffenen helfen. In einem sozialen Lernumfeld können Impulsivität, emotionale Reaktionen oder Desorganisationsverhalten praxisnah reflektiert und verändert werden. Weiter werden dadurch soziale Kompetenzen gefördert und Gefühle der Isolation reduziert. Nebst bestehenden Methoden befinden sich moderne Behandlungsangebote wie z. B. Gesundheitsapps noch im Aufbau. Diese zielen darauf ab, den Alltag durch Erinnerungsfunktionen, Organisationshilfen oder Übungen zu erleichtern. Eine Anpassung des Lebensstils zeigt weiterhin einen positiven Einfluss auf den Verlauf einer ADHS. Dazu gehören z. B. regelmässige Bewegung, ausgewogene Ernährung, Schlafhygiene und ein bewusster Umgang mit Medien (Philipsen & Atzor, 2025, S. 30).

4 ADHS und Komorbidität

Wie in vorherigen Kapiteln erläutert, tritt ADHS häufig in Verbindung mit weiteren psychischen Störungen auf. Durch das Vorliegen von Komorbiditäten bildet sich ein komplexes Störungsbild, dessen Diagnose sich erschwert und häufig einen herausfordernden Verlauf aufweist. Die Diagnostik wird erschwert und die Störung geht häufig mit einem belastenden und langwierigen Verlauf einher. In diesem Kapitel wird zunächst ein Überblick über häufige komorbide Störungen im Zusammenhang mit ADHS verschafft. Anschliessend wird der Fokus auf die Verbindung zwischen ADHS und Substanzgebrauchsstörungen gelegt, wobei Risiko- und Einflussfaktoren und häufig konsumierte Substanzen im Fokus stehen. Darauffolgend wird die Selbstmedikation als möglicher Erklärungsansatz vertieft und mit Fallbeispielen sowie B. F. Skinners Lerntheorie untermauert.

4.1 Häufige komorbide Störungen bei ADHS

Komorbidität ist bei ADHS eher die Regel als die Ausnahme. Eine Untersuchung zur sogenannten „Illusion des Klinikers“, dem Phänomen, dass klinische Stichproben oft nur schwerere Verläufe abbilden, bezog sowohl klinische als auch feldbasierte Stichproben mit ein. Die Ergebnisse zeigen, dass die Muster komorbider Störungen bei ADHS sich in beiden Gruppen ähneln (Gawrilow, 2023, S. 31). Studien zeigen, dass bei mehr als drei Viertel der Betroffenen mindestens eine weitere Störung vorliegt (Kain et al., 2008, S. 757). Diese Komorbiditäten stellen einen zusätzlichen Risikofaktor für Betroffene dar und führen häufig zu einem komplexeren Verlauf (Gawrilow, 2023, S. 31). Bei den Komorbiditäten kann es sich um psychische, aber auch somatische Erkrankungen handeln. Besonders häufig treten nebst ADHS Störungen wie Substanzgebrauchsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Angststörungen, Tic-Störungen, Teilleistungsstörungen wie Legasthenie und Dyskalkulie oder Schlafstörungen auf (Gawrilow, 2023, S. 36). Weiter kommt es vermehrt zu Adipositas, rheumatoider Arthritis oder atopischer Dermatitis. Es gibt mehrere Erklärungsmodelle zur Veranschaulichung, warum ADHS häufig gemeinsam mit anderen Störungsbildern auftritt. Neben verhaltensbedingten Faktoren deuten aktuelle Studien darauf hin, dass viele Komorbiditäten durch gemeinsame biologische Mechanismen erklärbar sind. Die Untersuchung identifizierte mehrere Gene, die mit ADHS assoziiert sind und die gleichzeitig mit biologischen Signalwegen in Verbindung stehen, die bei immunologischen oder kardiovaskulären Erkrankungen eine Rolle spielen. Diese Befunde legen nahe, dass bestimmte Komorbiditäten von ADHS einen genetischen Ursprung haben (M. Heim, 2025, S. 58). Ein anderes Modell spricht von einer sekundären Störung, bei der z. B. schulisches Versagen durch eine

Leserechenschwäche zu ADHS-ähnlichem Verhalten führt, ohne dass die Ursachen der beiden Störungen gleich sind. Die vorliegenden Störungsbilder können sich gegenseitig beeinflussen oder sogar eine dritte, eigenständige Störung darstellen (Kain et al., 2008, S. 758). Besonders bei Personen mit vorwiegend hyperaktiv-impulsiver ADHS gestaltet sich die Diagnostik zusätzlicher Störungen schwierig, da diese oft übersehen werden. Ausgeprägte Impulsivität kann z. B. mit externalisierenden Verhaltensweisen wie Aggression oder oppositionellem Verhalten einhergehen. Häufig ist es eine besondere Herausforderung, zu erkennen, ob wirklich es sich um ADHS-Symptome oder die Symptome einer anderen Diagnose handelt (Gawrilow, 2023, S. 31). Dabei spielt besonders der zeitliche Verlauf der Störungen eine zentrale Rolle. Denn es lässt sich bei Mehrfachdiagnosen zwischen zwei Formen unterscheiden. Einerseits gibt es Störungsbilder, die parallel zur ADHS erstmals auftreten, und andererseits solche, die sich erst mit der Zeit entwickeln. Grundsätzlich zeigen sich viele Komorbiditäten bereits zu Beginn gemeinsam mit der ADHS, was darauf hindeutet, dass sie nicht durch die ADHS verursacht wurden. Bleibt ADHS unbehandelt, können sich jedoch, besonders im Erwachsenenalter, zusätzliche psychische Probleme entwickeln. Wird die ADHS schliesslich adäquat behandelt, verschwinden auch die anderen psychischen Beschwerden wieder (Gawrilow, 2023, S. 36).

4.2 ADHS und Substanzkonsumstörungen

Erwachsene mit ADHS weisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko für Alkohol- und Drogenmissbrauch auf (Gawrilow, 2023, S. 37). Laut einer Metaanalyse weisen rund 23% der Personen mit einer Substanzgebrauchsstörung auch ADHS auf. Die genauen Zahlen einzelner Studien variieren dabei jedoch stark. Zahlen aus der Schweiz deuten darauf hin, dass bei rund 18% der alkoholabhängigen Patient*innen eine ADHS besteht. In Deutschland ergaben Studien eine Prävalenz von ungefähr 20% (Luderer et al., 2019, S. 926). In einer Studie lag das durchschnittliche Alter für den Beginn des Substanzkonsums bei ADHS-Betroffenen bei 19 Jahren, deutlich früher als in der Vergleichsgruppe ohne ADHS (Ohlmeier et al., 2005, S. 554). ADHS-Betroffene tendieren eher zu einer Substanzgebrauchsstörung, da der Substanzkonsum ihre Symptome kurzfristig zu lindern scheint. Häufig wird konsumiert, um innere Unruhe zu beruhigen, der Impulsivität und geringen Frustrationstoleranz entgegenzuwirken und das Bedürfnis nach sofortiger Belohnung zu befriedigen. Drogen wie Amphetamine, Kokain oder Alkohol, Cannabis und Heroin können kurzfristig dopaminerige Defizite im Gehirn ausgleichen und wirken dabei wie eine Form der Selbstmedikation (C. Roll & Hahn, 2022, S. 26). Ursachen für die hohe Komorbidität können eine erhöhte Impulsivität und Risikobereitschaft, insbesondere beim gemischten ADHS-Typ, sowie

ein möglicher Selbstmedikationsversuch sein (Ohlmeier et al., 2005, S. 561). Bei den meisten Patient*innen mit einer Substanzgebrauchsstörung und gleichzeitiger ADHS beeinflussen sich die beiden Störungsbilder gegenseitig. Die Komorbidität zwischen ADHS und Substanzgebrauchsstörungen beeinflusst den Verlauf beider Erkrankungen tendenziell negativ. Betroffene erzielen trotz häufiger Behandlungsversuche geringere Abstinenzraten und weisen häufig zusätzliche psychische Störungen auf (Luderer et al., 2019, S. 929).

4.2.1 Risiko- und Einflussfaktoren

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass unbehandelte ADHS die Gefahr für Betroffene an einer Substanzgebrauchsstörung zu erkranken, erhöht (Luderer et al., 2019, S. 929). Eine Substanzgebrauchsstörung kann sich z. B. durch fehlgeleitete Selbstmedikation von ADHS entwickeln. Die Betroffenen versuchen dann selbstständig, Symptome mit dem Einnehmen von Substanzen zu linder (Konrad, 2016, S. 35). Eine frühzeitige und kontinuierliche Therapie, allenfalls auch mit Stimulanzien, kann das Risiko für eine spätere Substanzabhängigkeit dabei deutlich senken (Luderer et al., 2019, S. 929). Weiter stellten Forschende fest, dass ADHS in Verbindung mit Mehrfachdiagnosen zusätzlich das Risiko für eine Substanzgebrauchsstörung erhöht. Dabei wurde festgestellt, dass bei bis zu 71% der suchtkranken ADHS-Betroffenen zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde (Ohlmeier et al., 2005, S. 555). Z. B. Werden Menschen mit ADHS häufiger mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung diagnostiziert als Menschen ohne ADHS. Diese Begleiterkrankung erhöht das Risiko nochmals deutlich, einen missbräuchlichen Substanzkonsum oder eine Suchterkrankung zu entwickeln (Gawrilow, 2023, S. 37). Suchtkranke ADHS-Patient*innen weisen nicht nur einen verschlechterten Störungsverlauf und Behandlungserfolg auf, sondern auch eine erhöhte Sterblichkeit. Umso später die Diagnose gestellt wird, desto schlechter die Prognose (Zaher & Luderer, 2025, S. 273).

4.2.2 Häufig konsumierte Substanzen

Nikotin und ADHS

Zwischen ADHS und Nikotinkonsum besteht ein signifikanter Zusammenhang und das Risiko einer Nikotinabhängigkeit ist deutlich erhöht. Nikotin ist ein natürlicher Wirkstoff der Tabakpflanze. Der Konsum dieses Stoffes führt zu gesteigerter Aufmerksamkeit, verbesserter Stimmung und kurzfristiger Leistungssteigerung. Diese Eigenschaften können besonders für ADHS-Betroffene attraktiv erscheinen und ein hohes Suchtpotenzial bergen. Studien zeigen, dass besonders Personen mit dem hyperaktiv-impulsiven ADHS-Subtyp häufig nikotinabhängig werden. In den USA lag der Raucheranteil unter

Menschen mit ADHS bei etwa 40%, verglichen mit 26% in der Allgemeinbevölkerung. Bei alkoholabhängigen Personen mit ADHS steigt dieser Anteil sogar auf 90 % (Hässler, 2009, S. 59).

Alkohol und ADHS

Menschen mit ADHS zeigen ein deutlich erhöhtes Risiko für einen frühen und problematischen Alkoholkonsum. Studien belegen, dass bei rund einem Drittel der alkoholabhängigen Erwachsenen eine ADHS-Diagnose besteht. Bei ADHS-Betroffenen tritt Alkoholabhängigkeit im Durchschnitt früher auf, geht mit höheren Trinkmengen einher und ist häufiger mit sozialen Problemen, Delinquenz und Suizidalität verbunden. Untersuchungen zeigen, dass Menschen mit ADHS besonders empfindlich auf die belohnende Wirkung von Alkohol reagieren, was eine Abhängigkeitsentwicklung begünstigen kann. Dies ist besonders dann der Fall, wenn keine frühzeitige Diagnose und Behandlung erfolgt (Hässler, 2009, S. 60).

Cannabis und ADHS

THC, in Cannabis enthalten, ist ein psychoaktiver Wirkstoff, gewonnen aus der Hanfpflanze. Wenn THC geraucht wird, wirkt es nach wenigen Minuten und hält ungefähr zwei bis drei Stunden an (Hässler, 2009, S. 61). Cannabis wirkt über sogenannte Cannabinoid-Rezeptoren im Gehirn. Diese beeinflussen z. B. Schmerzempfinden, Lernen, Bewegung und Wahrnehmung. Der Konsum von THC führt zu einem Anstieg des Dopamins, was das positive Gefühl beim Konsum erklärt, und suchtähnliches Verhalten fördern kann (SSAM, 2009). Viele Menschen mit ADHS konsumieren gelegentlich Cannabis. Dies kann, ähnlich wie gelegentlicher Alkoholkonsum, als unproblematisch gelten, wird aber nicht empfohlen. Anfragen zur medizinischen Verordnung von Cannabis bei ADHS nehmen zu. Bisher gibt es jedoch keine aussagekräftige Studienlage, die die eindeutige Wirksamkeit von THC gegen ADHS-Symptome bestätigt (Kölle et al., 2023, S. 53).

Kokain und ADHS

Kokain ist ein Wirkstoff aus dem Kokastrauch, der durch Schnupfen, Rauchen oder intravenöse Einnahme konsumiert werden kann. Beim Rauchen tritt die Wirkung besonders schnell ein, hält aber nur wenige Minuten an. Beim Schnupfen oder oralem Konsum dauert es länger, bis die Wirkung einsetzt. Die Einnahme von Kokain erhöht die Ausschüttung von Dopamin. Dadurch entsteht eine stark stimulierende Wirkung, die als angenehm empfunden werden kann. Ein erhöhter Dopaminausstoß kann kurzfristig zu einer gesteigerten Aufmerksamkeit und Stimmungsverbesserung führen, was für ADHS-Betroffene attraktiv scheinen kann (Hässler, 2009, S. 62). Viele Konsumierende sehen

die Attraktivität im Kokain darin, dass es wach macht, euphorisiert und die Aktivität erhöht. Der darauffolgende Crash, ein Gefühl der inneren Unruhe, erhöht den Drang nach erneutem Konsum und kann zu suchtartigem Verhalten führen (SSAM, 2009).

Opiate und ADHS

Schätzungen zufolge leidet etwa ein Drittel der Opioidabhängigen zusätzlich an ADHS (Kölle et al., 2023, S. 54). Opiate wie Morphin oder Heroin wirken über Rezeptoren, welche die Hirnchemie beeinflussen. Beim Konsum bindet sich z. B. Heroin an die gleichen Rezeptoren im Gehirn, wie die körpereigenen Endorphine. Diese werden normalerweise bei Schmerzen oder Stress freigesetzt. Der Konsum kann dann als euphorisierend und entspannend empfunden werden (SSAM, 2009). Bei der Behandlung dieser Patient*innengruppe sollten Stimulanzien als ADHS-Medikation nur nach sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung und unter engmaschiger Kontrolle verordnet werden (Kölle et al., 2023, S. 54).

4.3 Substanzmissbrauch als Form der Selbstmedikation bei ADHS

Viele Kinder mit ADHS weisen Symptome von Unruhe, Impulsivität und Konzentrationsprobleme auf. Bei über der Hälfte der Betroffenen bleibt die Störung bis ins Erwachsenenalter bestehen. Die Alltagsgestaltung mit ADHS erweist sich häufig als überfordernd und ist geprägt von einem Leidensdruck. Die Personengruppe der ADHS-Patient*innen neigt vermehrt zu Substanzkonsum. Dabei wird auf die Minderung der Beschwerden abgezielt. Der Substanzkonsum dient demnach als eine Form der Selbstmedikation (Pharmazeutische Zeitung, 2007). Insbesondere Cannabis und Kokain werden von Betroffenen häufig konsumiert. Konsumierende berichten dabei von einer scheinbaren Beserung ihrer Symptomatik (Ohlmeier et al., 2005, S. 560). Mit der Selbstmedikation wird das Ziel verfolgt, störende Symptome gezielt durch die Einnahme beruhigender oder stimmungsaufhellender Präparate zu lindern. Die Grenze zwischen Selbstmedikation und einer Substanzgebrauchsstörung ist dabei fließend. Das Risiko für missbräuchlichen Konsum steigt unter anderem dadurch, dass ADHS-Betroffene häufig eine erhöhte Neigung zum „Sensation Seeking“ aufweisen. Dabei handelt es sich um ein Verhalten, bei dem bewusst nach neuen, intensiven und aufregenden Erfahrungen gesucht, impulsiv gehandelt und dabei wenig vorausgeplant wird. Dies macht Betroffene besonders anfällig für riskanten Substanzkonsum. Auch soziale Faktoren wie Schulversagen oder familiäre Belastungen spielen eine Rolle. Ebenso kann die soziale Isolation, oft Folge von ADHS, die Suchtgefahr erhöhen. Betroffene ziehen sich folglich aufgrund von Ablehnung und fehlender Unterstützung zurück und finden scheinbare Zuflucht bei den Substanzen ihrer Wahl. In Befragungen gaben Jugendliche mit ADHS an, dass sie

Drogen konsumieren, um ihre Stimmung zu stabilisieren und nicht wegen des Rausches. Ob ADHS-Medikamente wie Methylphenidat vor einer Substanzgebrauchsstörung schützen oder selbst missbrauchsgefährdend sind, ist umstritten (Pharmazeutische Zeitung, 2007). Wirken die Medikamente jedoch stabilisierend, kann der Drogenkonsum in der Folge häufig beendet werden (Prölss et al., 2019, S. 151).

4.3.1 Subjektiver Leidensdruck exemplarisch anhand eines Fallbeispiels

Menschen mit ADHS erleben ihre Symptome oft als stark belastend. Dies auf schulischer oder beruflicher, aber auch sozialer und emotionaler Ebene. Wie in vorhergehenden Kapiteln erläutert, greifen viele Betroffene zu Substanzen, um ihren Leidensdruck zu mindern. Diese sogenannte Selbstmedikation erfolgt häufig unbewusst und wirkt zunächst funktional. Was als kurzfristige Lösung erscheint, kann jedoch schnell zu einer Abhängigkeit führen (Pharmazeutische Zeitung, 2007). Das folgenden Fallbeispiele zeigt exemplarisch auf, unter welchen **Symptomen** Betroffene häufig leiden, mit welchen Problemen sie konfrontiert sind und wie weitreichend deren Einfluss auf ihren Lebensverlauf sein können. Es soll verdeutlichen, welche **Herausforderungen** das Störungsbild ADHS für Betroffene und deren Umfeld mit sich bringen kann.

Peter, heute dreissig Jahre alt, zeigte bereits in seiner Jugend auffälliges Verhalten, das ihn wiederholt **mit dem Gesetz in Konflikt** brachte, meist wegen Diebstählen. Nach **schulischen Misserfolgen reagierte er impulsiv, suchte Trost im Konsum** und versuchte, seine Versagensgefühle zu verdrängen. Die wiederholte **Abwertung durch Mitschüler** war für ihn kaum zu ertragen. Anfangs war ihm bewusst, dass sein Verhalten falsch war, doch mit der Zeit verlor er das Gespür dafür. **Das Stigma des „Problemkinds“ verstärkte sein Aussenseiterdasein** und führte vermehrt zu **Scham, Trotz und sozialem Rückzug**. Später versuchte Peter, **mit Alkohol innere Spannungen zu regulieren**. Im Berufsleben **wechselte er häufig die Anstellung**, oft nach Kritik wegen **Flüchtigkeitsfehlern, Unpünktlichkeit und impulsivem Verhalten**. Diese Rückmeldungen verletzten ihn zutiefst und verstärkten sein Gefühl, trotz aller Bemühungen **nie-mals zu genügen**. Darauf folgten ein wachsender **innerer Druck, Gereiztheit und das Gefühl von innerer Unruhe**. Der Griff zum Alkohol wurde zur Strategie, überwältigende Gedanken am Abend scheinbar in den Griff zu bekommen. Eine **schmerzhafte Trennung** von seiner damaligen Partnerin, die sich aufgrund seiner Ausbrüche und Rückfälle zurückzog, spornte Peter an, sein Leben neu zu ordnen. Ein Entzug brachte eine kurzfristige Stabilisierung, die eigentlichen Ursachen seines Leidens blieben aber unbehandelt. Peter kämpfte demnach weiter mit **innerer Unruhe, dem ständigen Gefühl des Scheiterns und emotionaler Überforderung**. In einer neuen Partnerschaft fand Peter erstmals Rückhalt. Gleichzeitig geriet er beruflich erneut unter Druck. Eine

Degradierung und ein drohender Jobverlust lösten zusätzlichen Stress bei ihm aus. Als sein Vorgesetzter ihm eine Psychotherapie empfahl, empfand er das als tiefe Kränkung und Beweis seines Andersseins. Der Gedanke, „nicht normal“ zu sein, wurde zur Gewissheit. In einem Moment der Überforderung griff Peter erneut zum Alkohol für eine kurzfristige Erleichterung. Der Rückfall ging mit einem Gefühl von tiefer Scham einher. Als sich seine **Partnerin daraufhin distanzierte**, traf ihn dies hart. Er schaffte es nicht, ein Klärungsgespräch zu führen, da er **Angst** hatte, als Versager dazustehen. Erst ein deutliches Ultimatum ihrerseits brachte ihn zur Einsicht. Der drohende Verlust seiner Partnerin wurde für Peter zum Wendepunkt. Er begann, offen über seine Schwierigkeiten zu sprechen und ist heute bereit, sich professionelle Hilfe zu suchen (Krause et al., 2014, S. 71).

4.3.2 B. F. Skinners Lerntheorie als Erklärungsansatz für Selbstmedikation

Die Lerntheorie von B. F. Skinner bietet eine mögliche Erklärungsgrundlage dafür, dass Menschen mit ADHS häufiger an Substanzgebrauchsstörungen erkranken. B. F. Skinner gilt als zentrale Figur des modernen Behaviorismus. Aufbauend auf Thorndikes „Effektgesetz“, also ein Verhalten, das durch Belohnung verstärkt und durch Bestrafung gehemmt wird, entwickelte Skinner die Theorie der operanten Konditionierung. In Experimenten zeigte er, dass auch komplexes Verhalten durch gezielte Verstärkung erlernt werden kann (Myers & DeWall, 2023, S. 328). Dabei spielen sogenannte „Verstärker“ eine zentrale Rolle. Diese können positiv, z. B. eine Belohnung, oder negativ, z. B. der Wegfall eines unangenehmen Reizes, sein. Beide Formen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass das Verhalten erneut gezeigt wird (Myers & DeWall, 2023, S. 330). Übertragen auf die Komorbidität zwischen ADHS und Substanzgebrauchsstörungen lässt sich somit annehmen, dass Betroffene durch Substanzkonsum eine Reduktion ihrer Symptome erleben und der Leidensdruck kurzfristig gemindert wird. Diese Wahrnehmung wirkt verstärkend, auch wenn die Konsequenzen langfristig schädlich sind. Durch diese Wechselwirkung entsteht ein Lernprozess, in dem Selbstmedikation zur Bewältigungsstrategie wird. Konsum von Substanzen stellt demnach ein gelerntes Verhalten dar. Negative Verstärkung, also die Minderung von Negativem, bedeutet in diesem Kontext, dass der Konsum verstärkt wird, indem negative Symptome dadurch abgeschwächt und besser erträglich werden. Dieser Vorgang führt dazu, dass weiter konsumiert wird und Betroffene darauf angewiesen sind, da die negativen Symptome ohne Konsum wieder vermehrt spürbar würden. Die positive Verstärkung hingegen, das Belohnen von gewissen Verhaltensweisen, kann sich z. B. so äußern, dass die Einnahme gewisser Präparate zu Euphorie oder innerer Ruhe führen und ADHS-Betroffene kontinuierlich darauf zurückgreifen, um die Wirkung erneut zu erzielen. ADHS-Betroffene sind besonders deswegen

stärker suchtgefährdet, weil sie mit den Substanzen ein klares Ziel verfolgen und ein bestehendes Störungsbild selbst damit zu therapieren versuchen.

4.3.3 Das transaktionale Stressmodell als Erklärungsansatz für Selbst-medikation

Das transaktionale Stressmodell dient als weiteres Erklärungsmodell für die hohe Prävalenz zwischen ADHS und Substanzgebrauchsstörungen. Das Modell nach Lazarus und Folman versteht Stress als einen dynamischen Prozess. Es besagt, dass es individuelle Fähigkeiten braucht, damit Anforderungen aus der Umwelt bewältigt werden können. Wenn diese Fähigkeiten stark gefordert oder sogar überfordert werden, entsteht Stress (Reif & Spiess, 2018, S. 44). Es werden verschiedene Bewertungsprozesse beschrieben, die beeinflussen, ob und wie stark eine Situation als belastend empfunden wird. In einer primären Bewertung schätzen Betroffene ein, ob ein Ereignis irrelevant, positiv oder belastend auf sie wirkt. Wird etwas als belastend eingestuft, wird in drei Kategorien unterschieden. Die Belastung kann entweder als Bedrohung, als Schaden oder als Herausforderung wahrgenommen werden. In der sekundären Bewertung wird dann eingeschätzt, ob die eigenen Ressourcen ausreichen, um die Situation zu bewältigen. Innerhalb des Prozesses kann es zu einer Neubewertung der Situation kommen. Finden Betroffene z. B. eine scheinbar geeignete Copingstrategie, kann sich die ursprüngliche Einschätzung verändern und das Ereignis als weniger belastend wahrgenommen werden (Reif & Spiess, 2018, S. 46). Bezogen auf die Praxis lässt sich daraus schliessen, dass ADHS-Betroffene häufig eine Überforderung, ausgelöst durch ihre Symptome, erleben. Alltägliche Anforderungen werden dadurch zur Belastungsprobe. Die primäre Bewertung fällt dabei oft negativ aus. Situationen werden schnell als Bedrohung oder persönlicher Misserfolg interpretiert. In der sekundären Bewertung zeigt sich dann häufig das Gefühl mangelnder Bewältigungsstrategien. Diese Wahrnehmung kann durch vorhergehende Misserfolge, geringe Selbstwirksamkeit oder fehlender emotionaler Regulation geprägt sein. Durch innere Spannungen und fehlende alternative Strategien, greifen viele Betroffene dann auf Substanzen zurück. Durch den Konsum soll der Leidensdruck und die Stressgefühle gemindert werden. Häufig kommt es dann schleichend und unbewusst zu einer Neubewertung der Situation. Die einstige Belastung scheint dann durch den Substanzkonsum weniger bedrohlich, was den Konsum wirksam erscheinen lässt und somit verstärkt. Dieser Kreislauf stellt ein dysfunktionaler Bewältigungsmechanismus dar und birgt ein erhöhtes Abhängigkeitsrisiko. Menschen mit ADHS sind demnach besonders anfällig für Selbstmedikation.

5 Sozialpädagogische Ansätze und Konzepte

In diesem Kapitel werden exemplarisch sozialpädagogische Ansätze vorgestellt, die sich im Umgang mit ADHS-Betroffenen und mit an einer Substanzgebrauchsstörung leidenden Menschen bewährt haben. Zunächst werden spezifische Konzepte beleuchtet, die bei ADHS zur Anwendung kommen, wie etwa Erlebnispädagogik, Psychoedukation und der systemische und ressourcenorientierte Ansatz. Anschliessend folgt eine Übersicht zu methodischen Zugängen im Suchtkontext, darunter die soziale Diagnostik, das Case Management und die motivierende Gesprächsführung. Ziel ist es, eine Palette an bereits bestehenden Ansätzen und Konzepten aufzuzeigen, bevor im nachfolgenden Kapitel eine Verbindung dieser Ansätze, spezifisch für ADHS-Betroffene mit Substanzgebrauchsstörungen, geschaffen wird. Die ausgewählten Konzepte sind nicht ausschliesslich für die Klientel mit ADHS oder Substanzgebrauchsstörungen geschaffen worden. Teilweise eignen sie sich für beide Patient*innengruppen, sowie auch für eine andere Klientel der Sozialen Arbeit.

5.1 Sozialpädagogische Ansätze im Umgang mit ADHS-Betroffenen

Der sozialpädagogische Umgang mit ADHS-Betroffenen erfordert ein umfassendes Verständnis für deren Herausforderungen im Alltag. Für die Zusammenarbeit mit dieser Klient*innengruppe haben sich verschiedene sozialpädagogische Ansätze als hilfreich erwiesen. In diesem Abschnitt werden einige Methoden vorgestellt und der Bezug zu ADHS geschaffen.

5.1.1 Erlebnispädagogik

Die Erlebnispädagogik verfolgt das Ziel, Menschen durch praktische Erfahrungen zu stärken. Dabei sollen Situationen geschaffen werden, in denen sich Teilnehmende gebraucht fühlen und sich als wirksam erleben. Das Konzept der Erlebnispädagogik ist ein praxisnaher Ansatz, der verschiedene pädagogische und psychologische Elemente verbindet und die Persönlichkeitsentwicklung fördern soll. Statt Leistungsdruck stehen menschliche Fähigkeiten im Zentrum. So werden z. B. soziale Verantwortung, Durchhaltevermögen und die Fähigkeit, sich in ungewohnten Situationen zu behaupten, gefördert (Heller, 2021, S. 49). In der Praxis umfasst die Erlebnispädagogik eine breite Auswahl an Methoden. Neben klassischen Aktivitäten wie Mountainbiken, therapeutischem Reiten, Bouldern, Hochseilgartentraining, wandern oder biwakieren gehören auch kreative Angebote wie Bogenschiessen oder Escape-Games zum Methodenrepertoire. Weiter sind Teambildungsübungen wie der „Gordische Knoten“, das „Spinnennetz“ oder der

sogenannte „Eierfall“ mögliche Techniken in sozialpädagogischen Settings. Die Diversität an Übungen sorgt dafür, dass Erlebnispädagogik nicht nur draussen in der Natur, sondern auch in Klassenzimmern oder institutionellen Räumlichkeiten durchgeführt werden können (Wahl, 2024, S. 10). Erlebnispädagogische Angebote können für ADHS-Betroffene besonders wirksam sein, da sie gezielt körperliche, psychische und soziale Kompetenzen fördern. Gerade Menschen mit ADHS werden im Alltag oft mit Kritik, Misserfolg oder Überforderung konfrontiert. Die Erlebnispädagogik soll dazu verhelfen, dass Betroffene Selbstvertrauen aufbauen und sich ihren eigenen Ressourcen bewusstwerden. Erlebnispädagogische Aktivitäten fördern ausserdem Fähigkeiten wie Gleichgewicht, Koordination, Ausdauer, Konzentration, Zielgerichtetheit und Teamfähigkeit. Solche Ressourcen verbessern nicht nur die körperliche Entwicklung, sondern tragen auch zur sozialen Integration bei. Fachpersonen, die erlebnispädagogische Aktivitäten durchführen, haben einen Einfluss auf deren Wirkung und Nachhaltigkeit. Dabei steht der Beziehungsaufbau zur Klientel im Zentrum. Begegnen auf Augenhöhe soll zu einem Vertrauensaufbau führen. Durch die Fachperson soll Orientierung, Verlässlichkeit und Sicherheit vermittelt werden. Eine klare Struktur, wiederkehrende Rituale und motivierende Ziele helfen Teilnehmenden während dem Prozess. Nach den Übungen soll das Verhalten reflektiert und Erfolge gefeiert werden. Erlebnispädagogische Massnahmen bieten zudem Anreize für konzentriertes Zuhören, genaue Beobachtung und aktives Mitdenken. Solche Kompetenzen sind gerade für ADHS-Betroffene zentral. Dadurch kann sich auf bevorstehende Herausforderungen vorbereitet werden. Erlebnispädagogik greift demnach Schwierigkeiten bei ADHS, wie Impulsivität oder mangelnde Selbststeuerung, auf und ermöglicht es Teilnehmenden, in einem positiven Rahmen zu trainieren (Bergmann, 2009, S. 84).

5.1.2 Psychoedukation

Psychoedukation ist eine Methode, bei der Betroffene über ihr diagnostiziertes Störungsbild, den möglichen Verlauf und die Behandlungsoptionen informiert werden. Dabei soll nicht nur auf die Beeinträchtig eingegangen werden, sondern auch auf Ressourcen, im Fall von ADHS z. B. Kreativität, Kontaktfreudigkeit und Spontanität (Kölle et al., 2023, S. 28). Die Psychoedukation kann sich sowohl an Betroffene als auch an deren Umfeld richten. Die vermittelten Informationen sollen Verständnis für die Symptome schaffen und den Umgang mit der Diagnose vereinfachen. Fachpersonen geben bei der Psychoedukation einerseits Inputs zur Entstehung und Behandlung der Erkrankung und vermitteln anderseits alltagsnahe Bewältigungsstrategien. Im Zentrum steht dabei also nicht nur das Informieren, sondern auch die Entwicklung von Selbstmanagement-Kompetenzen, z. B. im Umgang mit Stress oder sozialen Herausforderungen (Mühlig & Jacobi, 2011, S. 478). ADHS ist nicht eine episodische, sondern eine dauerhafte Störung, die

stark von den Lebensumständen beeinflusst wird. Deshalb ist es besonders wichtig, die eigene Symptomatik zu verstehen und einordnen zu können (Kölle et al., 2023, S. 28). Betroffene können demnach von der Methode der Psychoedukation profitieren, indem es ihnen gelingt, Schamgefühle zu mindern und ihre Motivation zur Partizipation zu steigern. Psychoedukative Angebote können außerdem dazu beitragen, das Selbstwertgefühl der Betroffenen zu stärken, eine Akzeptanz für die Diagnose zu schaffen und den Alltag besser bewältigen zu können (Mühlig & Jacobi, 2011, S. 478). Psychoedukation kann sowohl in Einzel- als auch in Gruppensettings stattfinden. Vorträge, Gruppengespräche oder Rollenspiele können z. B. einen Rahmen dafür schaffen. Ebenso können Handouts, Manuale, Fachliteratur oder digitale Inhalte zum Einsatz kommen und die Informationsvermittlung unterstützen (Mühlig & Jacobi, 2011, S. 479).

5.1.3 Systemischer Ansatz

Innerhalb des systemischen Ansatzes gibt es verschiedene Zugänge. Bei allen wird das soziale Umfeld oder ein Teil davon miteinbezogen. Der systemische Ansatz kann auch als Netzwerkarbeit bezeichnet werden. In diesem Abschnitt wird exemplarisch für den systemischen Ansatz näher auf den familienzentrierten Ansatz eingegangen. Dabei liegt der Fokus, wie dem Namen zu entnehmen, auf der Familie. Die Familie dient dabei als Ressource und soll den Veränderungsprozess mitgestalten (Frank & Ruhl, 2011, S. 688). Beim familienzentrierten Ansatz wird angenommen, dass jedes Verhalten in einem Wechselspiel mit dem gesamten System steht und dort eine bestimmte Funktion erfüllt (Haselmann, 2007, S. 163). Bei diesem Ansatz wird anfangs gemeinsam mit allen Beteiligten die Problemlage im familiären Umfeld geklärt. Die Familienmitglieder arbeiten gemeinsam mit Fachpersonen daran, problematisches Verhalten zu benennen und ein gemeinsames Verständnis der Situation zu entwickeln. Anschliessend werden Ziele und Massnahmen für das Zusammenleben im Alltag erarbeitet (Frank & Ruhl, 2011, S. 688). Systemische Interventionen verfolgen dabei nicht das Ziel, das Verhalten einzelner Personen direkt zu verändern, sondern das Zusammenspiel im System so zu beeinflussen, dass bestimmte Verhaltensweisen überflüssig werden oder ihren bisherigen Sinn verlieren. So soll sich das System auf neue Weise organisieren können (Haselmann, 2007, S. 163). Dieser Prozess ist relevant, da das Familienleben häufig von Belastungen und Konflikten geprägt ist. Positive Interaktionen zwischen der von ADHS betroffenen Person und deren familiären Umfeld sollen gestärkt werden. So können z. B. feste Zeiten für gemeinsame Aktivitäten eingeplant werden. Weiter soll die Kommunikation möglichst lösungsorientiert ausgerichtet sein, Techniken zum Reiz- und Belohnungsmanagement vermittelt und Konsequenzen bei Regelverstößen partizipativ ausgearbeitet werden. Studien zeigen, dass solche familienzentrierten Massnahmen wirksam sein können, sich aber häufig auf das häusliche Setting beschränken und Schwierigkeiten in anderen

Lebensbereichen bestehen bleiben (Frank & Ruhl, 2011, S. 688). Auch wenn viele dieser Techniken ursprünglich für den therapeutischen Kontext entwickelt wurden, lässt sich die systemische Haltung auch auf die Soziale Arbeit übertragen. Beim systemischen Ansatz soll nicht vorschnell geurteilt werden. Es soll offen und interessiert geblieben und nicht gleich eine Lösung präsentiert werden. Der Schwerpunkt richtet sich dabei mehr auf Beziehungen und die gegenseitige Wechselwirkung als auf einzelne «Schuldige» (Haselmann, 2007, S. 163).

5.1.4 Ressourcenorientierter Ansatz

Die Soziale Arbeit verfolgt mitunter das Ziel, die persönlichen und sozialen Ressourcen ihrer Klientel in die Gestaltung von Hilfen einzubeziehen. In ressourcenorientierten Konzepten sollen nicht nur die fachliche Sichtweise, sondern auch die individuellen Lebenslagen der Betroffenen im Zentrum stehen. Für die Praxis bedeutet dies, dass persönliche Erfahrungen der Klientel ernst genommen und berücksichtigt werden sollen. Vorhandene Stärken und Ressourcen sollen aktiviert und gefördert werden (Möbius, 2010, S. 13). Gerade bei ADHS-Betroffenen lohnt sich ein ressourcenorientierter Ansatz, besonders weil häufig deren Schwierigkeiten und Herausforderungen in den Vordergrund gestellt werden. Dabei verfügen Menschen mit ADHS über viele Stärken, die positiv genutzt werden können. Auf diese Stärken soll sich, aus Sicht des ressourcenorientierten Ansatzes, fokussiert werden. Menschen mit ADHS sind häufig besonders kreativ und originell. Sie denken flexibel, finden ungewöhnliche Lösungen und sind mutig in ihrem Handeln. Bestehende Regeln werden hinterfragt und neue Wege geschaffen. Viele verfügen über einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn, sind empathisch und haben eine Stärke darin, Zusammenhänge schnell zu erfassen und zu verknüpfen. ADHS-Betroffene handeln oft mit Leidenschaft, Ausdauer und Hilfsbereitschaft. Sie sind neugierig, verspielt und offen für Neues. Solche Ressourcen machen Betroffene zu wertvollen Mitgliedern der Gemeinschaft. Ein ressourcenorientierter Blick ermöglicht es, diese Potenziale zu stärken und nicht nur die Herausforderungen zu sehen (D'Amelio et al., 2024, S. 21). Professionelle der Sozialen Arbeit verfolgen mit der Ressourcenorientierung das Ziel, die Fallarbeit systematisch auf die Stärken und Potenziale der Klient*innen auszurichten (Lembeck, 2010, S. 167).

5.2 Sozialpädagogische Ansätze im Umgang mit suchtbe-troffenen Menschen

Die Arbeit mit Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörung stellt besondere Anforderungen an die Sozialpädagogik. Neben fachlichem Wissen braucht es ein Verständnis

für die Lebenswelt und individuelle Herausforderungen der Betroffenen. Verschiedene sozialpädagogische Ansätze haben sich in der Begleitung und Unterstützung dieser Klient*innengruppe bewährt. In diesem Abschnitt werden ausgewählte Methoden vorgestellt und ihr Nutzen im Kontext von Substanzgebrauchsstörungen aufgezeigt.

5.2.1 Soziale Diagnostik

Die soziale Diagnostik ist ein sozialpädagogischer Ansatz in der Suchthilfe, mit dem die Lebenslage von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen ganzheitlich erfasst werden kann. Dies hilft dabei, passende Unterstützungsangebote ableiten zu können. Der Begriff «Diagnose» bzw. «Diagnostik» wird im Kontext der Sozialen Arbeit von dem in der Medizin unterschieden. Unter der sozialen Diagnostik wird der professionelle Prozess, in dem die Lebenssituation der Klientel systematisch erfasst und fachlich dargelegt wird. Dabei werden Probleme und Herausforderungen der Klientel, ebenso wie deren Ressourcen und Umweltfaktoren miteinbezogen (Hansjürgens, 2020, S. 30). Bei der sozialen Diagnostik steht die Partizipation der Klientel im Fokus. Diese Beteiligung vereinfacht es, passende Hilfsangebote und eine Akzeptanz für diese zu schaffen (Hansjürgens, 2020, S. 21). Mittels der sozialen Diagnose werden ersten Annahmen bzw. Hypothesen abgeleitet, die Einfluss auf das weitere sozialpädagogische Handeln haben. Gerade Arbeitsfeld der Suchthilfe ist dieser diagnostische Zugang besonders wichtig, da der Substanzkonsum sich in der Regel auf alle Lebensbereiche Betroffener auswirkt. Die Grundlage für eine soziale Diagnose ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Informationen sollten im Dialog und auf Augenhöhe erhoben werden. Das Einbeziehen der medizinischen Diagnose kann dabei hilfreich sein. Die Technik der sozialen Diagnose erweist sich an Schnittstellen wie Suchtberatungsstellen, Sozialdiensten oder stationären Einrichtungen als besonders sinnvoll. Dadurch kann z. B. zwischen Hilfesystemen vermittelt werden und die gesellschaftliche Teilhabe gefördert werden (Hansjürgens, 2020, S. 30).

5.2.2 Casemanagement

Case Management ist eine Methode der Sozialen Arbeit, bei der Fachpersonen Klientel mit vielschichtigen Herausforderungen unterstützen. Dabei sollen passende Hilfsangebote gefunden und miteinander verknüpft werden (Arendt, 2018, S. 360). Der Begriff Case Management kommt aus dem englischsprachigen Raum und bedeutet sinngemäss „Fallmanagement“. Im Gegensatz zur klassischen Einzelfallhilfe der Sozialen Arbeit steht hier nicht die direkte psychosoziale Beziehung im Mittelpunkt, sondern die gezielte Koordination und Steuerung von Unterstützungsangeboten für einzelne Personen (Bojack et al., 2010, S. 85). Case Management wird seit rund zwei Jahrzehnten in der

Sucht- und Drogenhilfe eingesetzt, insbesondere im betreuten Wohnen und im Beratungskontext (Arendt, 2018, S. 362). Für Betroffene von Substanzgebrauchsstörungen gibt es eine breite Auswahl an sozialen und medizinischen Angeboten. Um diese bestmöglich ausschöpfen zu können, ist eine Koordination über Systemgrenzen hinweg erforderlich. Fachpersonen der Sozialen Arbeit, die mit der Methode des Case Managements arbeiten, können Klientel bei diesem Prozess unterstützen. Sie können zwischen Angeboten vermitteln und partizipativ mit der Klientel Kontakt mit zuständigen Diensten aufnehmen. Hilfe soll demnach systemübergreifend organisiert werden. Das Case Management kann mit anderen Techniken, wie z. B. der motivierenden Gesprächsführung, kombiniert werden (Arendt, 2018, S. 363). Dass sich das Case Management besonders für die Zusammenarbeit mit Klientel mit einer Substanzgebrauchsstörung eignet, lässt sich durch die «Heroinstudie» untermauern. Im Rahmen dieser Studie wurde der Ansatz umfassend getestet und ausgewertet. Daraus lässt sich ableiten, dass Case Management es ermöglicht, einen stabilen Kontakt zur Klientel mit Substanzgebrauchsstörungen aufrechtzuerhalten. Außerdem wurde deutlich, dass Personen, die kontinuierlich mit einem Case Manager zusammengearbeitet haben, ihre Ziele erfolgreicher erreichen konnten. Letztlich lässt sich sagen, dass Case Management kein Methodenkoffer, sondern ein klar aufgebautes Verfahren mit aufeinander abgestimmten Arbeitsschritten ist (Arendt et al., 2017, S. 215).

5.2.3 Motivierende Gesprächsführung

Motivational Interviewing, auch motivierende Gesprächsführung genannt, verfolgt das Ziel, Menschen in ihrer intrinsischen Veränderungsmotivation zu stärken. Dabei sollen innere Ambivalenzen der Klientel geklärt werden. Ursprünglich wurde das Manual speziell auf Menschen mit Suchtproblemen entwickelt. Mittlerweile findet die motivierende Gesprächsführung auch in anderen Bereichen Anwendung. Der Ansatz beruht auf einer wertschätzenden, empathischen Grundhaltung. Die Gesprächsführung ist nicht nur Klienten-, sondern auch zielgerichtet (Schulze & Arndt, 2023, S. 123). Durch gezielte Fragen und aktives Zuhören sollen Veränderungsprozesse beim Gegenüber angeregt werden, ohne dabei Druck aufzubauen. Dabei wird zwischen «Change Talk» und «Resistance Talk» unterschieden. Unter «Change Talk» werden Aussagen verstanden, die eine Veränderungsbereitschaft erkennen lassen, während «Resistance Talk» Äusserungen umfasst, die auf eine ablehnende Haltung hinweisen. Die Fachperson der Sozialen Arbeit soll in der Konversation eine unterstützende, statt belehrende Rolle, einnehmen und der Klientel dabei helfen, Widersprüche zwischen deren aktuellem Verhalten und den langfristigen Zielen zu erkennen. Die Selbstreflexion, die mittels dieses Prozesses angeregt wird, kann die Veränderungsmotivation entstehen lassen. Die motivierende Gesprächsführung wird in vier Phasen unterteilt: Beziehungsaufbau, Fokussierung,

Evokation und Planung. In der ersten Phase geht es darum, eine tragfähige Beziehung aufzubauen. In einem zweiten Schritt soll sich dann auf eine konkret erwünschte Veränderung fokussiert werden. In der Evokationsphase wird die Veränderungsmotivation aktiviert und es sollen eigene Gründe seitens Klientel herausgearbeitet werden, warum sich Veränderung lohnt. In der letzten Phase wird ein konkreter Handlungsplan erstellt, der individuell auf das Klientel und dessen Ressourcen abgestimmt ist. Die motivierende Gesprächsführung basiert auf Vertrauen und Partnerschaft und verzichtet auf Konfrontation (Reimer et al., 2019, S. 1146). Innerhalb der Suchthilfe belegen Studien die Wirksamkeit dieser Methode über alle Altersgruppen hinweg. Untersuchungen zeigen, dass motivierende Gesprächsführung eine Verbesserung von zehn bis zwanzig Prozent bei Substanzkonsum oder risikobehaftetem Verhalten zeigen, verglichen zu fehlenden oder unspezifischen Interventionen. Ebenso erhöht die motivierende Gesprächsführung die Therapie- und Mitwirkungsbereitschaft der Klientel. Im sozialpädagogischen Alltag erweist sich diese Technik ausserdem als hilfreich, da im Vergleich zur Verhaltenstherapie kein ärztlicher Hintergrund erforderlich und die Methode weniger zeitintensiv ist (Reimer et al., 2019, S. 1148).

5.2.4 Lebensweltorientierter Ansatz

Im Mittelpunkt des lebensweltorientierten Ansatzes steht die Verknüpfung der Lebensverhältnisse der Klientel mit pädagogischem Handeln. Dabei sollen deren Lebensumstände erfasst und miteinbezogen werden. Anstatt einer defizitorientierten Sichtweise werden Ressourcen, wie auch Herausforderungen der Lebenswelt berücksichtigt. Das Ziel dieses Ansatzes besteht darin, gemeinsam mit der Klientel passende Hilfsangebote zu entwickeln. Fachpersonen der Sozialen Arbeit nehmen dabei eine akzeptierende Begleitrolle ein, äussern aber auch ihre professionellen Ansichten (Thiersch et al., 2012, S. 175). Gemäss dem Ansatz wird die Lebenswelt der Klientel als subjektive Wirklichkeit verstanden. Diese ist geprägt durch räumliche, zeitliche und soziale Strukturen, z. B. durch belastende oder unterstützende Beziehungen oder durch einen Alltag geprägt von Perspektivlosigkeit. Menschen bewegen sich in ihren Lebensräumen mit Routinen und Strategien, die ihnen helfen, mit den Herausforderungen des Alltags umzugehen. Abweichendes Verhalten, z. B. missbräuchlicher Substanzkonsum, kann dabei als Bewältigungsstrategie verstanden werden. Diese Strategie sollte nicht bewertet, sondern im Kontext der Lebenssituation betrachtet werden. Die gegebenen Lebensräume lassen sich auch in Lebensbereiche gliedern. Familie, Arbeit und Peergroup können z. B. solche Bereiche sein. Im Laufe des Lebens sammeln Menschen Erfahrungen in diesen Bereichen. Diese Erfahrungen können sich sowohl ergänzen als auch blockieren. Je nach Klientel gelingt es besser oder schlechter, solche Übergänge zu gestalten. Professionelle der Sozialen Arbeit setzen dort ihre unterstützenden Angebote an (Thiersch et al.,

2012, S. 184). Mittels lebensweltorientierten Ansatzes soll das alltägliche Erleben der Klientel ins Zentrum gestellt werden. Damit sollen, häufig medizinisch geprägte, Interventionsformen sich mehr an den individuellen Problemlagen der Menschen orientieren. Lebensbedingungen sollen konkret verbessert werden. Fachpersonen der Sozialen Arbeit sollen gemäss dem Ansatz niederschwellige, freiwillige und akzeptierende Angebote schaffen und dabei soll der Blick stets auf der Lebenswirklichkeit der Klientel liegen (Arbogast, 2021, S. 183). Gerade im Umgang mit Menschen, die an einer Substanzgebrauchsstörung leiden, bietet der lebensweltorientierte Ansatz ein hilfreiches Fundament. Substanzgebrauchsstörungen sind eng mit belastenden Lebensumständen verbunden. Der Ansatz ermöglicht es, diese Zusammenhänge zu erkennen, statt den Substanzkonsum isoliert zu betrachten. Viele Betroffene leben in instabilen sozialen Verhältnissen, sind von Mehrfachbelastungen wie Armut, Wohnungslosigkeit, psychischen Erkrankungen oder Gewalterfahrungen betroffen. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit orientiert sich an genau diesen Lebensbedingungen und sieht darin die Ausgangslage für realistische, alltagsnahe Lösungen. Dies erleichtert den Zugang zu Hilfen für Menschen, die Misstrauen oder Scham empfinden. Die Zusammenarbeit lebt von Freiwilligkeit, Partizipation und der Annahme, dass Veränderung nur gelingen kann, wenn sie für die Betroffenen sinnvoll erscheint (Arbogast, 2021, S. 186).

6 Handlungsansätze der Sozialen Arbeit: Zwischen Lebenswelt, Struktur und Stigma

Die Auseinandersetzung mit der Komorbidität von ADHS und Substanzkonsumstörungen zeigt, dass betroffene Personen mit komplexen Herausforderungen konfrontiert sind, die weit über die medizinische Diagnose hinausgehen. Neben individuellen Belastungen spielen auch strukturelle Faktoren, gesellschaftliche Erwartungen und Stigmatisierung eine zentrale Rolle. Die Soziale Arbeit soll Wege finden, wie sie Menschen in solchen Lebenssituationen gezielt und alltagsnah unterstützen kann. In diesem Kapitel werden konkrete Handlungsansätze und -optionen vorgestellt, die sich aus den vorangegangenen Erkenntnissen ableiten und damit begründen lassen. Dabei wird sowohl auf Prinzipien der Sozialen Arbeit eingegangen als auch auf präventive und pädagogische Ansätze. Weiter werden praxisnahe Empfehlungen formuliert.

6.1 Soziale Arbeit im Spannungsfeld gesellschaftlicher Erwartungen

Wie im Kapitel 4 beschrieben, leben Menschen, betroffen von ADHS und Substanzkonsumstörungen, häufig in einem Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Erwartungen und ihren eigenen Möglichkeiten. Das Leben Betroffener wird stark durch Normen, Zuschreibungen und strukturelle Bedingungen geprägt. Darauf soll die Soziale Arbeit reagieren. In modernen Gesellschaften werden Leistungsfähigkeit, Selbstdisziplin und soziale Anpassung als zentrale Normen betrachtet. Wer diesen Anforderungen nicht entspricht, wird leicht in eine Aussenseiterrolle gedrängt. So fallen auch Menschen mit ADHS und einer Substanzkonsumstörung häufig aus dem Raster. Gesellschaftlich gesehen werden Eigenschaften wie Impulsivität, Unzuverlässigkeit oder Getriebenheit häufig negativ aufgefasst. Betroffene werden abgestempelt. Gemäß Etikettierungstheorie nach H. S. Becker wird davon ausgegangen, dass soziale Zuschreibungen, in dem Beispiel durch psychische Störungsbilder, zu Ausgrenzung führen. Die daraus resultierende soziale Exklusion kann Betroffene daran hindern, der Norm entsprechende Ziele zu erreichen. Dieser Kreislauf mündet in weiterer Ausgrenzung. Demnach kann die soziale Ausgrenzung zu Chancenungleichheit und deviantem Verhalten führen. Anderseits wirkt sich dieses Label auch auf das Selbstbild Betroffener aus, indem sie die Fremdzuschreibung übernehmen. Sie identifizieren sich z. B. als «Störenfriede» oder «Junkys», was das Risiko abweichenden Verhaltens weiter verstärkt. Solche Zuschreibungen bleiben nicht folgenlos. Weichen Menschen von gesellschaftlichen Normen ab, führt dies nicht nur zu individuellem Leiden, sondern auch zu sozialen Sanktionen wie Ausgrenzung, Abwertung oder Schuldzuweisungen. Das kann bestehende Probleme weiter verschlimmern

und es Betroffenen erschweren, Hilfe zu erhalten (Hosser & Greve, 2022, S. 100). Die Soziale Arbeit ist an der Schnittstelle zwischen den individuellen Lebenslagen ihrer Klientel und den gesellschaftlichen Strukturen positioniert. In diesem Spannungsfeld nehmen Fachpersonen eine vermittelnde und unterstützende Rolle ein.

6.2 ADHS und Substanzgebrauchsstörung: Eigene Zielgruppe, eigene Haltung

Im Zentrum der Sozialen Arbeit stehen nicht Diagnosen, sondern Menschen. Der Fokus liegt dabei auf einer respektvollen Haltung und Verständnis für individuelle Lebenslagen der Klientel. Fachpersonen in sozialpädagogischen Settings sind täglich mit vielfältiger und herausfordernder Klientel konfrontiert. Damit die Betrachtung des Verhaltens stets von der Person getrennt werden kann, ist es wichtig, dass Sozialpädagog*innen ein Verständnis für ihre Klientel entwickeln können. Dies kann zu mehr Empathie und Geduld beitragen. Das Konzept des «guten Grundes» nach Alice Ebel kann z. B. zu diesem Prozess der Akzeptanz beitragen. Der Fokus dieses Konzeptes liegt demnach nicht auf dem problematischen Verhalten. Vielmehr wird der Frage nachgegangen, welches Bedürfnis oder welcher innere Schmerz hinter dem Verhalten steckt. Es wird davon ausgegangen, dass Betroffene einen guten Grund haben, sich so zu verhalten, wie sie sich verhalten. Gerade bei Menschen mit einer Komorbidität von ADHS und Substanzgebrauchsstörungen, die sich häufig als gescheitert oder unverstanden erleben, kann dieser Blickwinkel helfen. Ihr Substanzkonsum erscheint dann nicht mehr als Schwäche oder Störung, sondern als Versuch, mit einem belastenden Zustand umzugehen. Das Konzept hilft Fachpersonen folglich dabei, eine professionelle Haltung zu bewahren und das Verhalten der Klientel besser nachvollziehen zu können (Natarajan, 2019, S. 300). Die Arbeit mit Menschen, die sowohl von ADHS als auch von einer Substanzgebrauchsstörung betroffen sind, bringt besondere Anforderungen an die professionelle Haltung. Die Grundüberzeugung der Sozialen Arbeit soll dabei stets akzeptierend und zielorientiert sein. Unterstrichen wird dies vom Berufskodex der Sozialen Arbeit, gemäss derer Professionelle dazu verpflichtet sind, Lösungen für soziale Probleme zu finden, zu entwickeln und zu vermitteln. Wird festgestellt, dass in einem Bereich des beruflichen Alltags Wissen oder konkrete Handlungsmöglichkeiten fehlen, die der entsprechenden Klientel zu einer erhöhten Lebensqualität verhelfen können, gilt es, alles daran zu setzen, diesen Umstand zu verändern (AvenirSocial, 2010, S. 7). Gerade bei komplexen Problemlagen wie der Komorbidität von ADHS und Substanzkonsum ist es entscheidend, vorhandene Ansätze kritisch zu prüfen, weiterzuentwickeln und miteinander zu kombinieren. Zurzeit mangelt es der sozialpädagogischen Praxis an spezifischen Handlungsansätzen für den Umgang mit Klientel mit der Doppeldiagnose ADHS und

Substanzgebrauchsstörungen. Während in medizinischen und psychologischen Bereichen zunehmend Erkenntnisse zur Komorbidität vorliegen, fehlt es in der Sozialen Arbeit oft an Konzepten, die beiden Problembereichen gerecht werden (Ridinger, 2016, S. 764). Statt die Ursachen für den Konsum, z. B. eine Selbstmedikation, zu betrachten, liegt der Fokus häufig auf der Symptombekämpfung. Dies führt jedoch nachhaltig nicht zu einer Besserung des Problems, da der Substanzkonsum oft Ausdruck eines tieferliegenden Leidensdrucks ist. Wie in den vorhergehenden Kapiteln deutlich wurde, ist der Konsum von Substanzen für ADHS-Betroffene oft keine zufällige Entscheidung, sondern erfüllt die Funktion einer Selbstmedikation. Wird dieser «gute Grund» für das Verhalten ignoriert, droht die Gefahr, dass die Unterstützung an den eigentlichen Bedürfnissen vorbeigeht. Betroffene mit einer solchen Komorbidität als eigene Zielgruppe zu betrachten ist daher notwendig, um seitens Sozialer Arbeit wirksame Hilfe anbieten zu können.

6.3 Pädagogische Handlungsansätze

Die Komplexität der Komorbidität von ADHS und Substanzgebrauchsstörungen erfordert Handlungsansätze, die sowohl pädagogische als auch therapeutische Elemente vereinen. In diesem Abschnitt stehen deshalb konkrete Empfehlungen im Vordergrund, die Fachpersonen der Sozialpädagogik in der Einzelfallarbeit (Mikroebene) sowie im Umgang mit dem sozialen Umfeld (Mesoebene) unterstützen können. Methoden, die im vorhergehenden Kapitel vorgestellt wurden, haben sich in der Praxis im Umgang mit verschiedener Klientel bewährt. Nun werden diese verknüpft, um bestmögliche Erfolge für Personen mit der Doppeldiagnose ADHS und Substanzgebrauchsstörungen zu erzielen. Die Ansätze sollen jedoch in der Praxis nicht isoliert betrachtet werden, sondern als Anhaltspunkt gelten und als Inspiration dienen, wie die Zusammenarbeit mit dieser Klientel gestaltet werden kann.

6.3.1 Mikroebene

Auf der Mikroebene lässt sich die Einzelfallarbeit ansiedeln. Die Einzelfallarbeit ist ein wichtiger Wirkungsbereich im sozialpädagogischen Kontext. Häufig findet sie im Rahmen der Bezugspersonenarbeit statt (Pantuček-Eisenbacher, 2022, S. 13). Bei Klient*innen mit der Komorbidität ADHS und Substanzkonsumstörung ist eine individuell ausgerichtete Fallarbeit besonders zentral. Die folgenden Ansätze zeigen exemplarisch auf, wie Fachpersonen auf dieser Ebene gezielt Veränderungsprozesse begleiten können.

Motivierende Gesprächsführung

Das Kapitel 5.2.3 behandelte die motivierende Gesprächsführung für die Zusammenarbeit mit Klientel, die von einer Substanzgebrauchsstörung betroffen ist. Dabei wurde

aufgezeigt, dass die motivierende Gesprächsführung ein Ansatz ist, der durch aktives Zuhören, gezielte Fragen und eine wertschätzende Haltung Veränderungsprozesse anregen soll. Innere Ambivalenzen werden dabei sichtbar gemacht und es wird partizipativ ein Handlungsplan erarbeitet (Reimer et al., 2019, S. 1146). Gemäss den Recherchen dieser Bachelorarbeit eignet sich dieser Ansatz optimal für Klientel mit einer Komorbidität von ADHS und einer Substanzgebrauchsstörung. Um möglichst lösungsorientiert auf diese Zielgruppe eingehen zu können, empfiehlt sich jedoch, das Verfahren an gewissen Stellen anzupassen. Eine Anlehnung an diesen Ansatz wird von der Autorin dieser Arbeit als erfolgsversprechend eingeschätzt, weil er auf Empathie, Ressourcenorientierung und Freiwilligkeit basiert. Diese Prinzipien fehlen der besagten Zielgruppe häufig im Kontakt mit Hilfesystemen. Viele Betroffene haben über ihr Leben hinweg wiederholt Erfahrungen mit Bewertung, Druck oder Abwertung gemacht und begegnen Hilfsangeboten deshalb mit Skepsis. Hier kann die positive Gesprächsführung ansetzen. Deren Grundhaltung, der Klientel partnerschaftlich, statt konfrontativ zu begegnen, kann helfen, Vertrauen zu schaffen und Motivation für Veränderung überhaupt erst zugänglich zu machen. Bei besagter Zielgruppe sollen sich Fachpersonen der Sozialpädagogik den gegebenen Herausforderungen bewusst sein. Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörung und einer ADHS können durch Aufmerksamkeitsprobleme, Impulsivität und Emotionalität die Gesprächsführung erschweren. Gesprächsführende benötigen daher Geduld, Flexibilität und eine klare, strukturierte Gesprächsführung. Kurze, fokussierte Gesprächseinheiten, regelmässige Zusammenfassungen und Visualisierungen können helfen, die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig sollen Reizüberflutung und Überforderung vermieden werden, z. B. durch Kurzpausen. Ausserdem gilt es bei dieser Zielgruppe besonders auf die Funktion des Konsums zu achten. Wie in Kapitel 4 ausgeführt, steht Substanzkonsum häufig in Zusammenhang mit Selbstmedikation der ADHS-Symptomen. Die motivierende Gesprächsführung kann dazu beitragen, diese «guten Gründe» für den Konsum zu eruieren, ohne sie zu bewerten. Erst wenn die Klientel diese subjektiven Funktionen versteht, kann die Grundlage geschaffen werden für das Erarbeiten alternativer Bewältigungsstrategien. Eine weitere Herausforderung besteht darin, mit der Ambivalenz der Betroffenen umzugehen. Viele wünschen sich Veränderung, fürchten aber Kontrollverlust und Stigmatisierung. Ausserdem fehlt es ihnen häufig an dem Glauben an sich selbst, es wird von Scheitern ausgegangen. Die motivierende Gesprächsführung begegnet dieser Ambivalenz mit gezieltem Nachfragen statt Druck. Veränderungswünsche werden nicht vorausgesetzt, sondern mit der Klientel gemeinsam entwickelt. Gerade diese Haltung bietet Menschen mit ADHS und Substanzgebrauchsstörungen die Chance, Selbstwirksamkeit zu erleben.

Psychoedukation auf individueller Ebene

Im Kapitel 5.1.2 wurde die Psychoedukation im Zusammenhang mit von ADHS betroffener Klientel vorgestellt. Psychoedukation zielt darauf ab, Betroffene über die jeweilige Diagnose, deren Auswirkungen sowie mögliche Bewältigungsstrategien aufzuklären. Dabei steht nicht nur das reine Informieren im Fokus, sondern auch die Förderung von Selbstwirksamkeit und ein besserer Umgang mit der Diagnose (Kölle et al., 2023, S. 28). Die Recherchen dieser Bachelorarbeit lassen darauf schliessen, dass die Psychoedukation gerade für Menschen mit der Komorbidität von ADHS und Substanzgebrauchsstörungen eine geeignete pädagogische Massnahme darstellt. Einzeln betrachtet stellen ADHS und Substanzgebrauchsstörungen für Betroffene bereits eine Belastung dar. Treten die Störungsbilder komorbid auf, verstärken sich die Herausforderungen zusätzlich. Umso wichtiger ist es für diese Zielgruppe, ein Verständnis für die eigene Situation und die komplexen Zusammenhänge der beiden Störungsbilder zu entwickeln. Viele Betroffene betreiben die Selbstmedikation unbewusst und sind sich der Wechselwirkung der beiden Diagnosen nicht oder nur wenig bewusst. Durch psychoedukative Arbeit können Betroffene besser verstehen, welche Gefühle oder Probleme sie mit dem Konsum zu bewältigen versuchen. Obwohl die Psychoedukation häufig im klinischen Bereich zum Einsatz kommt, eignet sie sich auch für sozialpädagogische Settings. Sozialpädagogische Psychoedukation unterscheidet sich dabei von medizinischer Aufklärung. Sie ist alltagsnah, niederschwellig und ressourcenorientiert. Ziel ist nicht primär die medizinische Aufklärung, sondern das Verstehen der eigenen Lebenssituation, die durch die Diagnosen beeinflusst wird. Damit psychoedukative Angebote für diese Zielgruppe möglichst wirksam gestaltet werden, sollen sie auf die individuelle Lebensrealität zugeschnitten werden. Besonders bei ADHS können Visualisierungen und strukturierte Einheiten hilfreich sein, um Inhalte verständlich zu vermitteln. Betreffend der Substanzgebrauchsstörung soll beachtet werden, dass die Selbstmedikation nicht als Defizit, sondern als legitime Bewältigungstherapie angesehen wird. Durch die Psychoedukation soll die Möglichkeit geschaffen werden, eigene Verhaltensweisen zu verstehen und künftig adäquatere Umgangsweisen damit zu finden.

6.3.2 Mesoebene

Auf der Mesoebene rückt das soziale Umfeld der Klientel in den Mittelpunkt. Dazu zählen familiäre und institutionelle Strukturen, sowie gemeinnützige Angebote (Gawron & Zängl, 2024, S. 164). Menschen mit der Komorbidität ADHS und Substanzkonsumstörung profitieren davon, wenn sie nicht nur individuell betreut werden, sondern auch ihre Umwelt miteinbezogen wird. Viele ihrer Herausforderungen entstehen im Zusammenhang mit ihrem System, fehlender sozialer Integration oder der mangelnden Vernetzung zwischen

Hilfsangeboten. Die Sozialpädagogik soll dort ansetzen und beim Koordinieren und Aktivieren des Umfeldes unterstützen.

Case Management

Das Case Management wurde im Kapitel 5.2.2 im Zusammenhang mit Substanzgebrauchsstörungen vorgestellt. Mit der Methode sollen Fachpersonen der Sozialpädagogik Unterstützungsprozesse koordinieren und verschiedene Angebote aufeinander abstimmen (Arendt et al., 2017, S. 363). Dieses Vorgehen eignet sich besonders für Klientel mit multifaktoriellen Problemlagen. Für die in dieser Arbeit thematisierte Zielgruppe scheint sich das Case Management aus fachlicher Sicht gut zu eignen, da Betroffene häufig mit mehreren Herausforderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen konfrontiert sind. Die Kombination beider Störungsbilder erfordert eine systematische Koordination der Unterstützungsangebote. Dazu gehören z. B. medizinische Behandlungen, psychosoziale Begleitung und auch Alltagshilfen. Sozialpädagog*innen koordinieren die Hilfen und sorgen für Struktur. Dabei gilt es zu beachten, dass Doppeldiagnosen Symptome gegenseitig beeinflussen und verstärken können. Standardisierte Angebote reichen hier oft nicht aus. Menschen mit der Komorbidität von ADHS und Substanzgebrauchsstörungen erleben häufig eine Überforderung im Umgang mit Ämtern und Institutionen. Case Management kann hier ansetzen und dabei unterstützen, Angebote kontinuierlich und langfristig wahrzunehmen. Bei der Auswahl von passenden Angeboten soll besonders darauf geachtet werden, dass diese flexibel und niederschwellig gestaltet sind. Betroffene haben oft Mühe mit ihrer Selbststeuerung. Weiter kann ADHS zu Reizüberflutung führen und Substanzgebrauchsstörungen führen zu Unzuverlässigkeit, daher ist eine enge Betreuung zentral. Im Unterschied zum klassischen Case Management braucht es daher eine noch stärkere Beziehungsarbeit, engmaschige Begleitung und eine gute Balance zwischen Vorgaben und Autonomie.

Lebensweltorientierung

Im Kapitel 5.2.4 wird beschrieben, dass der lebensweltorientierte Ansatz das subjektive Erleben und die Lebensumstände der Klientel ins Zentrum stellt. Es ist eine an die Realität angelehnte Herangehensweise, die eine partizipative Zusammenarbeit ermöglicht (Thiersch et al., 2012, S. 175). Auf der Mesoebene der Sozialpädagogik scheint sich der lebensweltorientierte Ansatz als besonders wirksam für Menschen mit der Doppeldiagnose ADHS und Substanzgebrauchsstörungen zu erweisen. Durch die komplexe Verbindung der Störungsbilder entstehen hohe Anforderungen an das soziale Umfeld, etwa durch impulsives Verhalten, Unzuverlässigkeit oder Misstrauen gegenüber Institutionen. Damit der lebensweltorientierte Ansatz bei dieser Klientel greift, empfehlen sich gewisse Anpassungen. Fachpersonen der Sozialpädagogik sollen nicht nur die individuellen

Lebensbedingungen der Betroffenen verstehen, sondern auch die Wechselwirkungen zwischen deren sozialen Netzwerken einbeziehen. Das bedeutet, dass Unterstützungsangebote im Lebensraum der Betroffenen aufgegelistet werden. Auch relevante Bezugspersonen können miteinbezogen werden. Im sozialen Umfeld soll dabei ressourcenorientiert gedacht werden, denn jedes Umfeld bringt Chancen mit. Außerdem soll im sozialen Umfeld eine akzeptierende Haltung angestrebt werden. Gerade Menschen mit Diagnosen, die nach aussen sichtbar sind, z. B. durch öffentlichen Substanzkonsum oder hyperaktives Verhalten, sind oft mit Stigmatisierung konfrontiert. Sozialpädagog*innen sollen einen Rahmen schaffen, in dem auch schwierige Verhaltensweisen akzeptiert werden und konstruktiv an Alternativen gearbeitet wird, statt diese abzuwerten.

6.4 Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Praxisstrukturen

Damit sozialpädagogische Unterstützung für Menschen mit der Komorbidität ADHS und Substanzgebrauchsstörungen nachhaltig wirken kann, braucht es nicht nur geeignete Handlungsansätze auf Mikro- und Mesoebene, sondern auch passende strukturelle Rahmenbedingungen und Haltungen. In vielen Institutionen fehlt es bislang an spezifischen Angeboten für diese Zielgruppe oder an klar geregelten Übergängen zwischen Hilfesystemen. Die folgenden Abschnitte beleuchten, worauf in der Zusammenarbeit besonders geachtet werden soll.

6.4.1 Gestaltung von Übergängen

Menschen mit einer Doppeldiagnose sind auf kontinuierliche Unterstützung angewiesen. Im sozialpädagogischen Bereich können besonders institutionelle Übergänge herausfordernd sein. Demnach sollen solche Übergänge gut begleitet werden, um die Klientel bestmöglich zu unterstützen. Die Sozialpädagogik begleitet Menschen verschiedenen Alters. Exemplarisch aus der Kinder- und Jugendhilfe lässt sich aufzeigen, wie zentral Übergänge für Betroffene sein können. Kinder und Jugendliche, betroffen von ADHS und Substanzgebrauchsstörungen, werden häufig vom Kindesalter bis ins Erwachsenenleben begleitet. Fachpersonen der Sozialpädagogik haben die Aufgabe, die Zielgruppe bei altersbedingten Entwicklungsaufgaben und Übergängen, z. B. dem Wechsel zwischen Institutionen, zu unterstützen. Übergänge müssen nicht immer institutionell bedingt sein. Individuelle Veränderungen der Lebensumstände, wie z. B. eine Trennung, Arbeitslosigkeit oder ein Wohnortwechsel können ebenso viele Änderungen mit sich bringen. Die in dieser Bachelorarbeit beschriebene Klientel ist besonders vulnerabel in Zeiten solcher Veränderungen. Erarbeitete Copingstrategien können ins Wanken geraten und dysfunktionale Mechanismen wieder attraktiver scheinen. Je nach Arbeitsfeld

variiert die Rolle der Sozialpädagogik in diesem Konstrukt. Niederschwellige Angebote wie ein Jugendtreff sind weniger engmaschig aufgestellt als z. B. ein stationäres Wohnsetting. Unabhängig davon sind Fachpersonen dazu angehalten, sich aktiv an den Übergangsprozessen ihrer Klientel zu beteiligen. Denn gerade für Kinder und Jugendliche mit beginnender Komorbidität besteht hier die Gefahr, dass Hilfen abbrechen oder nicht weitergeführt werden (Zeller & Königeter, 2013, S. 568). Im Allgemeinen, unabhängig von Setting und Alter, kann es für Sozialpädagog*innen und ihre komorbide Klientel hilfreich sein, ein Verständnis dafür zu schaffen, dass Übergänge keine punktuellen Ereignisse, sondern langfristige Prozesse darstellen. Sie beginnen oft bereits vor dem eigentlichen Übergang und können auch darüber hinaus noch belastend sein. Das Ziel der sozialpädagogischen Arbeit soll dabei eine vorausschauende Planung sein. Innerhalb stationärer Einrichtungen können Übergänge vereinfacht werden, indem z. B. Gruppenwechsel partizipativ gestaltet werden. Außerdem soll darauf geachtet werden, dass Betroffene in eine Gruppe platziert werden, die sie auch mit Symptomen wie Hyperaktivität und Impulsivität oder einer Konsumvergangenheit akzeptiert. Sind die Voraussetzungen gegeben, können Übergänge auch positiv wahrgenommen und im Einklang mit den individuellen Lebensplänen der Klientel erlebt werden. Das trägt massgeblich zu einer gelingenden Bewältigung bei (Brenner, 2021, S. 64).

6.4.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit stärken

Unter Interdisziplinarität wird die Zusammenarbeit verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen verstanden. Sie soll als Ergänzung dienen, um Wissenslücken auszugleichen und ermöglicht es, Herausforderungen in der Praxis angemessen anzugehen (Wider & Schmocker, 2018, S. 191). Interdisziplinarität beschreibt demnach die Vernetzung verschiedener Fachrichtungen, die sich derselben Thematik widmen und Themen ganzheitlich bearbeiten (Wider & Schmocker, 2018, S. 192). Gerade im Umgang mit der Komorbidität von ADHS und Substanzgebrauchsstörungen ist eine solche Zusammenarbeit gewinnbringend, da nur durch das Zusammenführen pädagogischer, medizinischer und psychosozialer Perspektiven angemessene Unterstützungsangebote entstehen können. In den aktuellen Leitlinien zur Behandlung von ADHS wird ein interdisziplinärer und multimedialer Ansatz gefordert. Dieser Zusammenschluss soll die Abklärung der Klientel und eine passende Behandlung ermöglichen und erleichtern. Die Praxis zeigt, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit jedoch häufig durch personelle oder zeitliche Engpässe erschwert wird. Dieser Umstand kann sich negativ auf die Prognose der Klientel auswirken, z. B., indem es an einer Koordination zwischen Hilfsstellen fehlt oder die Kommunikation nicht flüssig verläuft. Außerdem können die Engpässe dazu führen, dass Vernetzungen wie Rundtischgespräche oder interprofessionelle Fallbesprechungen abnehmen. Daraus resultieren häufig vorschnelle Entscheidungen oder ein Mangel an

Partizipation. ADHS-Betroffene werden dann häufiger ausschliesslich mit Medikamenten behandelt, obwohl ein abgestimmter Behandlungsplan sinnvoller wäre (Brotzmann et al., 2019, S. 11). Bei der Klientel mit einer Komorbidität von ADHS und Substanzkonsumstörung sind die Problemlagen so vielschichtig, dass eine einzelne Fachdisziplin ihnen nicht allein gerecht werden kann. Die enge Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen ermöglicht es, sowohl die psychologischen Symptome wie auch die psychosozialen Lebensumstände der Betroffenen zu berücksichtigen. Institutionen, die auf interdisziplinäre Zusammenarbeit setzen, können individueller und flexibler agieren. Dies scheint entscheidend bei besagter Klientel. Die Interdisziplinarität kann dazu verhelfen, tragfähige Strukturen zu schaffen und dadurch z. B. Rückfällen vorzubeugen.

6.4.3 Beziehungsarbeit mit Kontinuität

Die professionelle Beziehungsgestaltung, also der Aufbau einer Beziehung zur Klientel, ist ein zentraler Wirkungsfaktor in der Sozialen Arbeit. Die Entstehung solcher Beziehungen erfordert spezifisches Wissen und Kompetenzen, besonders im Umgang mit mehrfach belasteter Klientel. Der Aufwand lohnt sich, denn empirische Ergebnisse zeigen, dass der Erfolg einer Hilfe massgeblich von einer tragfähigen Beziehung abhängt (Gahleitner, 2017, S. 13). Im Umgang mit Menschen, die sowohl von ADHS als auch von einer Substanzgebrauchsstörung betroffen sind, ist die Beziehungsgestaltung auf Augenhöhe besonders zentral. Personen, die instabile Beziehungserfahrungen gemacht haben, weisen tendenziell eher Misstrauen gegenüber Fachpersonen oder Institutionen auf. Fachpersonen der Sozialpädagogik sollen sich um eine stabile Beziehung bemühen, die im professionellen Rahmen durchaus auch persönlich und emotional geprägt sein darf. Solche Beziehungen bieten der Klientel die Chance, Vertrauen aufzubauen und alternative Beziehungserfahrungen zu erleben (Riegler, 2016, S. 177). Sozialpädagog*innen, die mit Klient*innen mit Substanzkonsumstörung und ADHS arbeiten, sollen durch eine wertschätzende Haltung und professionelles Handeln den Aufbau tragfähiger Beziehungen gezielt unterstützen. Gerade für diese Klientel, die oft als schwierig abgestempelt wird, tragen positive Beziehungserfahrungen zu einem positiven Behandlungsverlauf bei. Die hier behandelte Zielgruppe ist häufig mit Misstrauen, Überforderung und Impulsivität konfrontiert. Beziehungskontinuität, klare Kommunikation und ein akzeptierender Umgang sind daher besonders wichtig. Fachpersonen der Sozialpädagogik sollten die Bedürfnisse und Verhaltensmuster der Betroffenen im Kontext beider Symptomatiken verstehen und entsprechend sensibel reagieren. Beziehungen sollen demnach nicht nur unterstützend sein, sondern auch klare Strukturen bieten, ohne dabei bevormundend zu wirken (Hansjürgens, 2019, S. 35). Um solche Beziehungen entstehen lassen zu können, sollen Institutionen Gefässe dafür zur Verfügung stellen. Dies z. B. im Rahmen regelmässiger Bezugspersonengespräche oder gemeinsamer Aktivitäten.

7 Schlussfolgerungen und Perspektiven

Am Anfang dieser Arbeit stand die Frage, welcher Umgang seitens Sozialpädagogik sich förderlich auf ADHS-Betroffene auswirkt, die Substanzmissbrauch zur Selbstmedikation betreiben. Im Verlauf der letzten Monate, während des Schreibens und Recherchierens, verdeutlichte sich, dass die Sozialpädagogik einen wichtigen Beitrag zur Lebensbewältigung dieser Klientel leisten kann. Einerseits soll sich sowohl an bewährten, bereits bestehenden Konzepten und Ansätzen orientiert werden. Andererseits sollen gezielt Anpassungen vorgenommen werden, um der komplexen Lebensrealität dieser doppelt belasteten Zielgruppe gerecht zu werden. Es wurde deutlich, dass Fachpersonen der Sozialpädagogik Kenntnisse über die Störungsbilder ADHS und Substanzkonsumstörungen benötigen, um angemessen intervenieren und aufklären zu können. Weiter zeigte sich, dass eine wertschätzende Haltung, die kleine Fortschritte anerkennt und das Verhalten im Kontext versteht, zentrale Wirkfaktoren im professionellen Umgang darstellen. Der Blick auf den «guten Grund» hinter dem Konsumverhalten und das Vermeiden vorschneller Zuschreibungen sind ebenso bedeutsam.

Die Analyse und Reflexion verschiedener sozialpädagogischer Handlungsansätze zeigen, dass bestehende Methoden durchaus eine gute Grundlage für die Zusammenarbeit bieten. Damit diese auch für die besagte Klientel wirksam sein können, müssen sie jedoch an die spezifischen Herausforderungen dieser Doppeldiagnose angepasst werden. Klare Strukturen und kontinuierliche Bezugspersonen sind bei dieser Zielgruppe besonders entscheidend. Zentral ist zudem, dass Erfolge sichtbar gemacht werden, da viele Betroffene negative Erfahrungen mit Hilfesystemen gemacht haben und im Leben häufig mit Misserfolgen konfrontiert wurden.

Ein Blick auf die Praxis zeigt, dass viele Institutionen noch nicht auf die Besonderheiten von Doppeldiagnosen eingestellt sind. Oftmals bestehen Angebote entweder für ADHS oder für Suchtproblematiken, integrative sozialpädagogische Unterstützung ist selten. Am Ende dieser Arbeit ist davon auszugehen, dass es langfristig Konzepte braucht, die sich spezifisch an Menschen mit komorbidien Diagnosen richten. Diese Konzepte sollen auf fundiertem Wissen über die Wechselwirkungen wie auch auf einer offenen Haltung basieren. Institutionen sollen Rahmenbedingungen schaffen, die individuelle, professionelle Beziehungsarbeit ermöglichen. Interdisziplinarität ist dabei die Grundvoraussetzung für ein gelingendes Arbeiten. Wenn medizinisches, therapeutisches und sozialpädagogisches Wissen zusammengeführt wird, steigen die Erfolgschancen für wirksame Hilfe.

Der Prozess dieser Bachelorarbeit war herausfordernd, aber auch bereichernd. Die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik hat mir nicht nur theoretisches Wissen vermittelt, sondern auch meinen Blick auf meine eigene Praxis geschärft. In meiner Berufspraxis kam ich bereits mehrmals mit Menschen in Kontakt, die sowohl mit ADHS als auch mit einer Substanzgebrauchsstörung diagnostiziert wurden. Erst durch die vertiefte Beschäftigung wurde mir jedoch das Ausmass der Einschränkungen durch die Komorbidität wirklich bewusst. Besonders bestätigt hat mich die Erkenntnis, dass viele Betroffene ihren Konsum nicht aus Genuss, sondern aus Notwendigkeit einsetzen. Die Gesellschaft stempelt Konsumierende häufig als schwach oder blödsinnig ab, unwissend, dass viele sich damit selbst zu therapieren versuchen. Der Begriff der Selbstmedikation erhielt für mich eine neue Bedeutung und noch mehr Gewicht. Gleichzeitig ist mir auch klar geworden, wie viel Potenzial in der Sozialpädagogik steckt, wenn Fachpersonen ihr Wissen erweitern und ihre Haltung reflektieren. Ich nehme aus dieser Arbeit ein vertieftes Verständnis mit für die Zielgruppe, für gesellschaftliche Strukturen und auch für die Anforderungen an uns Sozialpädagog*innen. Ich bin überzeugt, dass sozialpädagogische Arbeit dann wirkungsvoll wird, wenn sie versteht, auffängt und hinterfragt. Dabei wünsche ich mir, dass die Erkenntnisse dieser Arbeit dazu beitragen, die Sichtweise auf komorbide Störungsbilder zu erweitern und die Praxis der Sozialen Arbeit weiterzuentwickeln.

8 Quellenverzeichnis

- Ahlers, E. (2022). Pharmakotherapie von Erwachsenen mit ADHS in der Praxis. *DNP - Neurologie & Psychiatrie*, 23(4), 28–32.
- Arbogast, M. (2021). Aufsuchende Soziale Arbeit als sozialräumliche und lebensweltorientierte Schadensminderung. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 175–192). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- Arendt, I. (2018). Case Management in der Sucht- und Drogenhilfe. *Soziale Arbeit*, 67(9–10), 360–366. <https://doi.org/10.5771/0490-1606-2018-9-10-360>
- Arendt, I., Follmann-Muth, K., Schmid, M., & Vogt, I. (2017). Stärkenbasiertes Case Management in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Männern und Frauen ab 45 Jahren. In H. Stöver, D. Jamin, & C. Padberg (Hrsg.), *Ältere Drogenabhängige: Versorgung und Bedarfe* (S. 214–235). Fachhochschulverlag.
- Arnaud, N., & Thomasius, R. (2019). *Substanzmissbrauch und Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen*. Kohlhammer.
- AvenirSocial (Hrsg.). (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis*. [Brochure].
- Bergmann, T. (2009). Rudern mit ADHS-Kindern. *Praxis der Psychomotorik*, 34(2), 84–85.
- Berthel, T. (2021). Soziale Arbeit in der Suchprävention und Suchthilfe der deutschsprachigen Schweiz. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 11–16). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- BfArM. (o. J.). *ICD-11 – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- Bojack, B., Brecht, E., & Derr, C. (2010). *Alter, Sucht und Case Management: Case Management als sinnvolles UnterstützungsKonzept bei Suchtproblematik im Alter*. Europäischer Hochschulverlag.
- Brandau, H., Pretis, M., & Kaschnitz, W. (2023). *ADHS bei Klein- und Vorschulkindern* (5., aktualisierte Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.

Brenner, G. (2021). *Übergänge gestalten: Die pädagogische Gestaltung von Übergängen bei Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung*. edition bentheim.

Brotzmann, M., Möller, R., & Weber, P. (2019). Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom—Ein Blick auf den klinischen Alltag aus der Perspektive des Praxisvertreters und einer Spezialambulanz. *Paediatrica*, 30, 9–14. https://cdn.paediatricschweiz.ch/production/uploads/2019/05/30_1_2019_2_de.pdf

C. Roll, S., & Hahn, M. (2022). Beeinflussen Abhängigkeitserkrankungen das Outcome bei ADHS? *Der Neurologe & Psychiater*, 22(5), 26–27.

Chladek, A., Fichtenbauer, I., & Lueger, A. (2023). ADHS-Diagnostik aus klinisch-psychologischer Sicht: Kindes- und Jugendalter vs. Erwachsenenalter. *psychopraxis. neuropraxis*, 26 (4), 214–217. <https://doi.org/10.1007/s00739-023-00927-8>

D'Amelio, R., Retz, W., Philipsen, A., & Rösler, M. (2024). *ADHS Im Erwachsenenalter: Strategien und Hilfen Für Die Alltagsbewältigung* (3. Aufl.). Kohlhammer.

Detterer, T. (2022). *Die geschlechtsspezifischen Aspekte von Substanzabhängigkeit bei Frauen: Konsequenzen für gendersensible Suchtarbeit*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-38988-8>

Dirks, H., Scherbaum, N., Kis, B., & Mette, C. (2017). ADHS im Erwachsenenalter und substanzbezogene Störungen – Prävalenz, Diagnostik und integrierte Behandlungskonzepte. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 85(06), 336–344. <https://doi.org/10.1055/s-0043-100763>

Döpfner, M., & Banaschewski, T. (2022). Klassifikation von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen in der ICD-11. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 50(1), 51–53. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000854>

Essau, C. A., & Conradt, J. (2009). Komorbidität. In R. Thomasius, U. J. Küstner, M. Schulte-Markwort, & P. Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: Das Handbuch: Grundlagen und Praxis* (S. 69–74). Schattauer.

Frank, P., & Ruhl, U. (2011). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 673–695). Springer.

Gahleitner, S. B. (2017). *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession: Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Beltz.

- Gawrilow, C. (2023). *Lehrbuch ADHS: Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie* (3. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838559995>
- Hansjürgens, R. (2019). Entstehung der Arbeitsbeziehung in der Suchtberatung. *Suchtmagazin*, 45, 31–36.
- Hansjürgens, R. (2020). Soziale Diagnostik in der Suchthilfe—Eine Standortbestimmung. *FORUM sozial*, 4, 21–23.
- Hansjürgens, R. (2020). Zum Verständnis sozialer Diagnostik in der Suchthilfe. In R. Hansjürgens & F. Schulte-Derne (Hrsg.), *Soziale Diagnostik in der Suchthilfe: Leitlinien und Instrumente für Soziale Arbeit* (S. 21–32). Vandenhoeck & Ruprecht Verlage.
- Haselmann, S. (2007). Systemische Beratung und der systemische Ansatz in der Sozialen Arbeit. In B. Michel-Schwartz (Hrsg.), *Methodenbuch Soziale Arbeit: Basiswissen für die Praxis* (S. 153–206). VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-90428-3>
- Hässler, F. (2009). ADHS und Sucht. In F. Hässler (Hrsg.), *Das ADHS Kaleidoskop: State of the Art und bisher nicht beachtete Aspekte von hoher Relevanz* (S. 55–66). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/44049/external_content.pdf;jsessionid=19480100A6958CF39D4A8A4400811195?sequence=1
- Hausmann, R. (2017). Risiko für Suchtmittelmissbrauch bei ADHS. *Pädiatrie*, 29(4), 57–57. <https://doi.org/10.1007/s15014-017-1114-7>
- Heller, B. (2021). *Erlebnispädagogik und ADHS: Möglichkeiten und Grenzen bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen*. ibidem.
- Hohmann, S., Häge, A., Millenet, S., & Banaschewski, T. (2022). Genetische Grundlagen der ADHS – ein Update. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 50(3), 203–217. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000868>
- Hosser, D., & Greve, W. (2022). Haftfolgen: Ausgrenzung und Stimatisierung nach der Entlassung. In W. Wirth (Hrsg.), *Steuerung und Erfolgskontrolle im Strafvollzug: Zur evidenzbasierten Gestaltung freiheitsentziehender Sanktionen* (S. 97–116). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-35620-0>
- Kahl, K. G., Puls, J. H., Schmid, G., & Spiegler, J. (2012). *Praxishandbuch ADHS: Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen* (2. Aufl.). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-002-25595>

- Kain, W., Landerl, K., & Kaufmann, L. (2008). Komorbidität bei ADHS. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 156(8), 757–767. <https://doi.org/10.1007/s00112-008-1732-9>
- Kölle, M., Philipsen, A., & Mackert, S. (2023). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Substanzkonsum im Erwachsenenalter – leitliniengerechte Diagnostik und Behandlung. *Der Nervenarzt*, 94(1), 47–57. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01422-y>
- Konrad, R. (2016). Die Komorbidität von ADHS und Sucht. *der informierte Arzt*, 12, 34–35.
- Krause, J., Krause, K.-H., & Tress, W. (2014). *ADHS im Erwachsenenalter: Symptome - Differenzialdiagnose - Therapie* (4. Aufl.). Schattauer.
- Lembeck, H.-J. (2010). Ressourcenorientierte Arbeit in der Praxis—Ergebnisse einer Evaluation in der Kinder- und Jugendhilfe des Rauhen Hauses. In T. Möbius & S. Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten: Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S. 167–180). VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92380-2>
- Liel, K. (2020). Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Psychologie. In C. Rummel & R. Gassmann (Hrsg.), *Sucht: Bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen: Perspektiven aus sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin*. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-036373-1>
- Luderer, M., Kiefer, F., Reif, A., & Moggi, F. (2019). ADHS bei erwachsenen Patienten mit Substanzkonsumstörungen. *Der Nervenarzt*, 90(9), 926–931. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0779-2>
- M. Heim, T. (2025). Komorbidität bei ADHS überwiegend genetisch bedingt? *InFo Neurologie + Psychiatrie*, 27(4), 58.
- Möbius, T. (2010). Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. In T. Möbius & S. Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten: Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S. 13–30). VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92380-2>
- Möller, C. (2003). Der Drogen konsumierende Patient in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 151(9), 985–994. <https://doi.org/10.1007/s00112-003-0784-0>
- Morewitz, S. J. (2024). *Klinische und Psychologische Perspektiven des Foulspiels*. Springer.
- Mühlig, S., & Jacobi, F. (2011). Psychoedukation. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 478–490). Springer.
- Myers, D. G., & DeWall, C. N. (2023). *Psychologie*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-66765-1>

- Herzog M. (2019). Der «sichere» Ort: Traumapädagogik aus der Praxis für die Praxis. In R. Natarajan (Hrsg.) *Sprache, Flucht, Migration: Kritische, historische und pädagogische Annäherungen* (S. 293–308). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-21232-2>
- Ohlmeier, M., Peters, K., Buddensiek, N., Seifert, J., Wildt, B. T., Emrich, H. M., & Schneider, U. (2005). ADHS und Sucht. *psychoneuro*, 31(11), 554–562. <https://doi.org/10.1055/s-2005-923369>
- Pantuček-Eisenbacher, P. (2022). *Grundlagen der Einzelfallhilfe: Soziale Arbeit mit Methode* (1st ed.). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Perkonigg, A., Wittchen, H.-U., & Lachner, G. (1996). Wie häufig sind Substanzmissbrauch und -abhängigkeit? Ein methodenkritischer Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25(4), 280–295.
- Pharmazeutische Zeitung. (2007, Februar). *Sucht als Selbstmedikation. Pharmazeutische Zeitung*. <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-062007/sucht-als-selbstmedikation/>
- Philipsen, A., & Atzor, M.-C. (2025). Behandlung der ADHS bei Erwachsenen: Psychotherapie zwischen Impulsivität und Struktur. *DNP - Neurologie & Psychiatrie*, 26(2), 27–31.
- Philipsen, A., & Döpfner, M. (2020). ADHS im Übergang in das Erwachsenenalter: Prävalenz, Symptomatik, Risiken und Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 63 (7), 910–915. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03175-y>
- Prölss, A., Schnell, T., & Koch, L. J. (2019). *Psychische Störungsbilder*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58288-6>
- Reif, J. A. M., & Spiess, E. (2018). Das transaktionale Stressmodell. In F. C. Brotbeck, E. Kirchler, & R. Woschée (Hrsg.), *Effektiver Umgang mit Stress: Gesundheitsmanagement im Beruf* (S. 44–47). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55681-8>
- Reimer, J., Kuhn, J., Wietfeld, R., Janetzky, W., & Leopold, K. (2019). „Motivational interviewing“: Eine Möglichkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation bei Schizophrenie? *Der Nervenarzt*, 90(11), 1144–1153. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0702-x>
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Schneider, M., Schwitzgebel, P., Steinbach, E., Hengesch, G., & Rösler, M. (2007). Der Einfluss des Geschlechts auf die Selbstbeschreibung kindlicher ADHS-Symptome. *Der Nervenarzt*, 78(9), 1046–1051. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2242-4>
- Ridinger, M. (2016). ADHS und Sucht im Erwachsenenalter. *Nervenheilkunde*, 35(11), 764–769. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1616449>

- Riegler, A. (2016). *Anerkennende Beziehung in der Sozialen Arbeit: Ein Beitrag zu sozialer Gerechtigkeit zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Springer.
- Schnell, T. (2019). Geschichte eines Suchtbegriffs, Ätiologie und Epidemiologie der Sucht. In T. Schnell & K. Schnell (Hrsg.), *Handbuch Klinische Psychologie* (S. 1–16). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-45995-9>
- Schulze, S., & Arndt, M. (2023). „Motivational interviewing“ als Gesprächsführungstechnik bei Adipositas. *Journal für Gynäkologische Endokrinologie/Schweiz*, 26(3), 127–130.
<https://doi.org/10.1007/s41975-023-00309-8>
- Schwenck, C. (2022). Ist ADHS eine Modediagnose? Haben Aufmerksamkeitsprobleme und Hyperaktivität zugenommen? In W. Lenhard (Hrsg.), *Psychische Störungen bei Jugendlichen: Ausgewählte Phänomene und Determinationen* (2. Aufl., S. 107–128). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-47350-4>
- Sommerfeld, P. (2019). Die Soziale Arbeit in einer interprofessionellen Suchthilfe. *Suchtmagazin*, 45, 4–12.
- SSAM. (2009). *Neurowissenschaften und Sucht* (S. 7–30) [Bericht]. Bundesamt für Gesundheit.
https://www.ssam-sapp.ch/fileadmin/user_upload/neurowissenschaften_und_sucht_100401.pdf
- Stieglitz, R.-D. (2023). Diagnostik und Differenzialdiagnostik der ADHS im Erwachsenenalter. *Psychiatrie + Neurologie*, 1, 14–19.
- Thiersch, H., Grunwald, K., & Köngeter, S. (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit* (S. 175–196). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
https://doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4_7
- Türk, D., & Bühringer, G. (1999). Psychische und soziale Ursachen der Sucht. *Der Internist*, 40(6), 583–589. <https://doi.org/10.1007/s001080050373>
- Wahl, W. (2024). *Erlebnispädagogik: Praxis und Theorie einer Sozialpädagogik des Außeralltäglichen* (2., Aufl.). Beltz Juventa.
- Walter, N. (2023). Sucht und Suchthilfe. In M. Buntrock & K. Peinemann (Hrsg.), *Grundwissen Soziale Arbeit: Grundlagen, Methoden und Arbeitsfelder* (S. 203–228). Springer.

Wider, D., & Schmocke, B. (2018). Interdisziplinarität und Interprofessionalität als Perspektive einer disziplinär ausgerichteten Sozialen Arbeit—Ein Ausblick. In C. Schmitt & M. D. Witte (Hrsg.), *Ber Zugswissenschaften der Sozialen Arbeit* (1. Aufl., S. 189–210). wbv Publikation.

Zaher S., & Luderer M. (2025). ADHS und Abhängigkeit. *DHS Jahrbuch Sucht 2025*, 273.

<https://doi.org/10.2440/012-0031>

Zeller, M., & Köngeter, S. (2013). Übergänge in der Kinder- und Jugendhilfe. In W. Schröer, B. Stauber, A. Walther, L. Böhnisch, & K. Lenz (Hrsg.), *Handbuch Übergänge* (S. 568–588). Beltz.

Zok, K. (2006). Arzneimittelmarkt: Selbstmedikation im Fokus: Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3000 GKV-Versicherten. *WldOmonitor*, 3(1), 1–8.