



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

**Doppeldiagnose –
das Problem der Komorbidität psychischer Krankheiten und
Abhängigkeit im Hilfesystem**

Bachelor- Thesis

Tag der Abgabe: 25.02.2015

Vorgelegt von: Nadja Schulz

Matrikel- Nr.:



Adresse:



Betreuender Prüfer: Herr Prof. Hille

Zweiter Prüfer: Herr Prof. Dr. Schürgers

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Definitionen	3
2.1 Psychische Krankheiten	3
2.1.1 Affektive Störungen	4
2.1.2 Psychotische Störungen	5
2.1.3 Persönlichkeitsstörung	6
2.1.4 Angststörungen	7
2.2 Stoffgebundene Sucht	8
2.2.1 Substanzmissbrauch	9
2.2.2 Substanzabhängigkeit	10
2.2.3 Suchtstoffe und ihre Wirkung im Überblick	12
2.3 Doppeldiagnose	19
3. Unterschiede zwischen einer Doppeldiagnose und einer psychischen Störung durch Substanzmissbrauch	22
4. Diagnoseproblem	23
5. Modelle zur Erklärung der Zusammenhänge zwischen beiden Krankheiten	25
5.1 Psychoseinduktion	26
5.2 Sekundäre Suchtentwicklung	27
5.3 Gemeinsame ätiologische Faktoren	29

6. Behandlungsansätze im Hilfesystem	31
6.1 Therapieformen	32
6.2 Gängige Therapieverfahren	33
6.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie	33
6.2.2 Psychoanalytische Therapie („Psychoanalyse“)	35
6.2.3 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	37
6.2.4 Gesprächspsychotherapie	38
6.2.5 Systemische Therapie	40
6.3 Probleme der konträren Behandlungsansätze	42
6.4 Behandlungsansätze für DoppeldiagnoseklientInnen	44
6.4.1 Diagnoseverfahren	44
6.4.2 Behandlungsansätze	46
6.4.3 Exemplarisches Beispiel	49
7. Momentane Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland	57
8. Fazit	58

Abkürzungsverzeichnis

Literaturliste

Eidesstattliche Erklärung

1. Einleitung

Komorbidität und Doppeldiagnose sind Begrifflichkeiten, mit denen nicht jeder etwas anfangen kann. Haben sie eine unabhängige Bedeutung oder stehen sie synonym füreinander?

Wenn Fachkräfte aus dem Sozial- oder Gesundheitsbereich über KlientInnen mit Doppeldiagnose sprechen, erlebt man häufig sorgenvolle Gesichter und Äußerungen über diese „schwierigen PatientInnen“ oder „Systemsprenger“.

Betrachtet man dies aber von der anderen Seite, wird deutlich, dass diese KlientInnen keineswegs die Systeme der psychiatrischen Versorgung und der Suchthilfe gesprengt haben, sondern ihre Mängel und spezifischen Kompetenzen aufzeigen. Dies hat sogar als positive Folge, dass sich diese Systeme in den letzten 20 Jahren aufeinander zu bewegt haben und offener für neue Behandlungsansätze geworden sind.

In der nachfolgenden Arbeit werde ich genauer darauf eingehen, was unter diesen Begriffen verstanden wird und welche Problematik diese eventuell aufwerfen.

Mit dem Begriff der Doppeldiagnose oder Komorbidität wurde ich das erste Mal im Praxissemester des Studiums konfrontiert.

In dieser Zeit absolvierte ich mein Praktikum in einer stationären Therapieeinrichtung für Abhängigkeitserkrankte. Dort tauchten immer wieder KlientInnen auf, welche schon seit längerer Zeit an psychischen Störungen litten, welche allerdings nie diagnostiziert wurden. Aber auch KlientInnen, bei denen eine psychische Störung festgestellt wurde, aber aufgrund der akuten Drogenabhängigkeit und der fehlenden speziellen Hilfsangebote trotzdem aufgenommen wurden.

Das Problem hierbei ist allerdings, dass die Behandlungsansätze der Suchthilfe und der psychischen Krankenversorgung meist konträr verlaufen. Die psychische Krankenversorgung arbeitet vorwiegend mit einem schützend- fürsorglichen Ansatz und die Suchthilfe dagegen häufig mit einem konfrontativen Ansatz (Gouzoulis- Mayfrank 2007; 29).

Dies bedeutet für DoppeldiagnoseklientInnen, dass diese in keinem der beiden Systeme fachgerecht aufgehoben sind und eine Behandlung kaum möglich ist oder nicht von Erfolg gekrönt ist.

Durch diese Probleme stellt sich die Frage, wie das Hilfesystem verändert werden muss und welche Behandlungsansätze für diese KlientInnen benötigt werden.

Ebenso, wie die Frage zu klären ist, was für Behandlungsansätze in den letzten 20 Jahren

für diese KlientInnengruppe entwickelt wurden und ob der Bestand dieses Hilfesystems ausreichend ist.

Aber es wird sich auch ein kritischer Faden durch die Arbeit ziehen, welcher die Frage aufwirft, ob die beiden Krankheitsbilder nicht eventuell so eng miteinander agieren, dass sie in beiden Hilfesystemen seit jeher immer schon aufgetreten sind und der Schrei nach spezifischen Behandlungen eher ein Resultat postmodernen Denkens ist. Es also eventuell keine spezifischen Behandlungen braucht. Beziehungsweise die Hilfesysteme nur unzureichend geschult sind und unter anderen Voraussetzungen das Problem auch in den bestehenden Behandlungsangeboten gelöst werden könnte.

Diese kritische Beleuchtung beruht auch auf der, wenn auch dürftigen Datenlage, welche eine hohe Übereinstimmung des Auftretens beider Störungen aufzeigt. Patienten mit einer psychischen Störung weisen im Vergleich zur Durchschnittspopulation ein 5-fach bis 10-fach höheres Risiko eines Alkoholmissbrauchs und ein 8-fach höheres Risiko zur Entwicklung eines Substanzmissbrauchs auf.

Beim Sichten der Literatur wird deutlich, dass es nicht viele Statistiken und Studien zu diesem Thema gibt und das die Prozentzahlen in unterschiedlichen Veröffentlichungen stark voneinander abweichen.

Eine der größten Studien (epidemiologic catchment area Study) zu diesem Thema wurde in den 1980er Jahren vom amerikanischen National Institute of Mental Health durchgeführt. Es wurde eine Stichprobe von über 20.000 Personen aus der Allgemeinbevölkerung untersucht. Bei 47% der befragten Menschen mit einer Schizophrenie konnte eine Suchterkrankungen (Missbrauch oder Abhängigkeit nach DSM-IV¹) im Laufe des Lebens festgestellt werden.

In den 1990er Jahren wurden verschiedene Studien in den USA und Europa durchgeführt, welche aufzeigten, dass 12- 60% der Patienten im Stationären Bereich und 6- 60% im ambulanten Bereich eine Doppeldiagnose aufwiesen.

Deutsche Untersuchungen wiesen für die Komorbidität von Psychose und Sucht Ergebnisse zwischen 21,8% und 47,5% auf (Gouzoulis- Mayfrank 2007, 1f.). Besonders prägnant sind hier die Zahlen für eine Komorbidität der Borderline Störung und einer Abhängigkeit. 78 % der unter Borderline leidenden Patienten entwickeln während ihres Lebens zusätzlich eine Substanzstörung (u.a. Kienas 2014, 280).

Um die Krankheit Doppeldiagnose zu verstehen, werde ich auf die einzelnen Störungsbil-

¹ vierte Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association*

der Sucht und psychische Krankheiten eingehen, um mich im Anschluss der Doppeldiagnose zu widmen.

Darauf aufbauend werde ich auf mögliche Modelle zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen psychischen Störungen und Substanzstörungen eingehen.

Um die Behandlungsproblematik dieser KlientInnen besser zu verdeutlichen, werde ich die Behandlungsansätze der unterschiedlichen Hilfesysteme näher betrachten und die Gemeinsamkeiten oder Unterschiede aufzeigen. Bestehende Behandlungsansätze für DoppeldiagnosepatientInnen werden im anschließenden Kapitel aufgezeigt und zum besseren Verständnis exemplarisch an einem Beispiel veranschaulicht.

Abschließend werde ich die momentane Situation für diese KlientInnen in Deutschland betrachten und den Fokus noch einmal auf die aufgeworfenen Fragen lenken. Hier wird sich dann herausstellen, ob diese spezialisierte Hilfe für DoppeldiagnoseklientInnen benötigt wird, ob sie schon zu genüge vorhanden ist oder ob diese unter Umständen vielleicht gar nicht zwangsläufig benötigt wird.

2. Definition

Nachfolgend werde ich zunächst Bezug auf die Definitionen von psychischen Krankheiten nehmen und anschließend auf die Definitionen von Abhängigkeitserkrankungen und Suchtstoffen eingehen. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels werde ich dann auf den Begriff der Doppeldiagnose eingehen.

2.1 Psychische Krankheiten

Mittlerweile wird vorwiegend der Begriff der psychischen Störung verwendet, da dieser als wertneutraler angesehen wird, auch unter Berücksichtigung des nicht ausreichenden Wissens über die Ursachen der Entstehung.

Für den Begriff der psychischen Störungen existiert in der Literatur keine einheitliche Definition. Dies liegt zu einem Großteil daran, dass diese durch eine Vielzahl unterschiedlicher Merkmale geprägt sind.

Das DSM-IV definiert jede psychische Störung als klinisch bedeutsames Verhaltenssyndrom oder psychisches Syndrom, welches bei einer Person auftritt. Zusätzlich muss es mit

akutem Leiden, einer Beeinträchtigung oder einem stark erhöhten Risiko einhergehen. Dieses Risiko ist bezogen auf mögliches Sterben oder das Erleiden von Schmerz, Beeinträchtigungen oder einem hohen Freiheitsverlust. Dieses Syndrom darf dabei nicht nur eine nachvollziehbare oder der Kultur entsprechende Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis sein (beispielsweise den Tod einer Bezugsperson). Es muss eine vom Auslöser unabhängige und gegenwärtige verhaltensmäßige, biologische oder psychische Funktionsstörung beobachtbar sein. Wenn es sich um normabweichendes Verhalten ohne eine der genannten Funktionsstörungen handelt, gilt dies nicht als psychische Störung (DSM-IV-TR 2003, 979, In: Walter (2009): online unter: <http://bit.ly/1yXp6h9>).

Im Folgenden werde ich näher auf die psychischen Störungen eingehen, welche im Zusammenhang mit Doppeldiagnosen gehäuft auftreten. Hierzu zählen die Affektiven Störungen, die psychotischen Störungen, die Persönlichkeitsstörungen und die Angststörungen.

2.1.1 Affektive Störungen

Das prägnanteste Merkmal der Affektiven Störungen sind die über Tage oder Wochen anhaltenden Veränderungen der Stimmungslage. Zu den Affektiven Störungen gehören unter anderem die depressive Störung, die manische Störung und die bipolare Störung (Moggi/Donati, 2004: 07).

Das ICD-10 definiert die depressive Störung als eine Störung, welche wiederholte depressive Phasen aufweist (Online unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F33.-.html>). Diese innere Niedergeschlagenheit äußert sich in allen Lebensbereichen, in der Gefühlslage, dem Denken, dem Handeln und in den Beziehungen zu anderen Menschen.

Bei der manischen Störung hingegen ist die Stimmungslage der Person auch in nicht adäquaten Situationen gehoben. Dies kann sich in Form von sorgloser Heiterkeit bis hin zur fast unkontrollierbaren Erregung äußern. Diese Stimmungslage ist verbunden mit Überaktivität, einem hohen Rededrang und einem verminderten Schlafbedürfnis. Gleichzeitig sind die Betroffenen in diesen Phasen leicht ablenkbar. Es besteht eine überhöhte Selbsteinschätzung mit übertriebenem Optimismus, bis hin zum Größenwahn und in manchen Fällen auch Halluzinationen (häufig in Form von Stimmen). Dies führt zum Verlust sozialer Hemmungen und kann zu einem leichtsinnigen, rücksichtslosen und persönlichkeitsfremden Verhalten führen (Online unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F30.-.html>).

Laut ICD-10² wird die bipolare Störung durch mindestens zwei Episoden charakterisiert. In beiden Episoden ist die Stimmung und das Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört. In der einen Phase ist die Stimmung stark gehoben und die Aktivität stark gesteigert (manische Episode). In der anderen Phase kommt es zu einer starken Stimmungssenkung und einer Verminderung der Aktivität (depressive Episode).

2.1.2 Psychotische Störungen

Die Hauptsymptome von psychotischen Störungen sind Wahnvorstellungen, Halluzinationen, desorganisierte Sprachäußerungen und desorganisierte Verhaltensweisen (Moggi/Donati 2004, 7f.). Mit den desorganisierten Verhaltensstörungen sind psychotische Denkstörungen, unangemessenes, spontanes und bizarres Verhalten gemeint. Das Problem laut DSM-IV sind hierbei die kontinuierlichen Übergänge zur Normalität. Das macht diese Symptome sehr unspezifisch und daher auch schwer zu diagnostizieren. Desorganisierte Sprache äußert sich beispielsweise durch Entgleisung von Gedanken, Assoziationslockerung, Zerfahrenheit oder einem Durcheinander von Wörtern (Huber 2005, 296). Alle Symptome können durch den Konsum von Suchtmitteln besser oder auch schlimmer werden. Dieser Effekt verschwindet nach dem Konsum aber innerhalb kurzer Zeit wieder (Moggi/Donati 2004, 7f.).

Nach ICD-10 fallen unter den Begriff der psychotischen Störungen auch die schizophrenen Störungen. Diese zeichnen sich allgemein durch grundlegende und charakteristische Störungen im Denken, in der Wahrnehmung und durch eine scheinbare Emotionslosigkeit aus. Das Bewusstsein und intellektuelle Fähigkeiten sind in den meisten Fällen nicht beeinträchtigt, dennoch können über einen längeren Zeitraum gewisse kognitive Defizite entstehen. Die auffälligsten psychopathologischen³ Symptome sind das „Laut werden von Gedanken“, Gedankeneingebung, das Ausbleiben oder Ausbreiten von Gedanken und Wahnvorstellungen (zum Teil stark beeinflussend). Zusätzliche Symptome sind Kontrollwahn, das Hören von Stimmen, welche in der dritten Person zum oder über den Betroffenen sprechen und diesem Anweisungen geben, sowie Denkstörungen.

Eine schizophrene Störungen kann kontinuierlich episodisch mit zunehmenden oder stabilen Symptomen verlaufen. Es ist aber auch möglich, dass diese in einer oder mehreren

² 10. Revision der International Classification of Diseases

³ *Psychopathologie: „Wissenschaft und Lehre von den krankhaften Veränderungen des Seelenlebens, besonders von Psychosen und Psychopathien“ (Dudenredaktion 2013, o.S.).*

Episoden vollständig oder teilweise zurück geht oder vorübergehend nachlässt (Online unter: <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F20.-.html>).

2.1.3 Persönlichkeitsstörung

Das Erleben und Verhalten, welches Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung zeigen, weicht erheblich von der soziokulturellen Umgebung ab. Es ist sehr unflexibel und muss in mindestens zwei der folgenden Bereiche auftreten:

- im Denken,
- in der Affektivität,
- in der Beziehungsgestaltung,
- bei der Impulskontrolle

Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung erleben ihre Persönlichkeitszüge als „zu ihnen dazu gehörend“ (ich- synton) und nicht bedingt durch die psychische Störung.

Um eine Diagnose stellen zu können, ist es oft erforderlich, Informationen aus Fremdanamnesen einfließen zu lassen (Moggi/ Donati 2004, 8).

Die am häufigsten auftretenden Persönlichkeitsstörungen bei Doppeldiagnosen sind die Antisoziale Persönlichkeitsstörung und die Borderline Persönlichkeitsstörung.

Die Hauptmerkmale einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung sind Missachtung und/ oder die Verletzung der Rechte anderer. Um eine Diagnose stellen zu können, müssen mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- gesetzeswidriges Verhalten
- Falschheit
- Impulsivität
- Reizbarkeit
- Aggressivität
- rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit oder der Sicherheit anderer
- Verantwortungslosigkeit und / oder fehlende Reue

Die Borderline Persönlichkeitsstörung ist geprägt durch eine Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in Affekten, sowie der Impulsivität.

Um eine Diagnose stellen zu können, müssen mindestens fünf der folgenden Kriterien

erfüllt sein:

- intensive Ängste vor dem Verlassen werden
- intensive, instabile Beziehungen zwischen Idealisierung und Entwertung
- Identitätsstörungen
- Impulsivität in potentiell selbstschädigendem Verhalten
- Selbstverletzung oder suizidale Handlungen
- affektive Instabilität
- ein chronisches Gefühl von Leere
- unangemessen heftige Wut
- vorübergehende paranoide Vorstellungen
- dissoziative⁴ Symptome unter starker Belastung (ebd)

2.1.4 Angststörungen

Die Hauptmerkmale bei Angststörungen sind Angstsymptome und Vermeidungsverhalten. Unterschieden wird hierbei zwischen den Panik- und Angststörungen, den Phobien und der Posttraumatischen Belastungsstörung.

Bei Panik- und Angststörungen ist das dominante Symptom die Angst. Bei Phobien ist es primär das Vermeidungsverhalten. Bei der posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt sich nach der Konfrontation mit einem traumatischen Erlebnis anhaltendes Vermeidungsverhalten und eine anhaltende Hypererregung (ebd, 7). Bei der Hypererregung können Symptome, wie Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhte Aufmerksamkeit und erhöhte Schreckreaktionen auftreten (Znoj 2008, 254).

Eine Trennung von primären und sekundären Störungen ist bei einigen PatientInnen nicht möglich.

Es entsteht häufig ein Kreislauf in Verbindung mit Suchtmittelkonsum, der es den betroffenen PatientInnen noch schwerer macht. Sie konsumieren Suchtmittel, um die Angstsymptome zu kontrollieren. Die entstehende Abhängigkeit oder Entzüge verschlimmern dann wiederum die Angstsymptome (Moggi/ Donati 2004, 7).

⁴ Dissoziation: „Krankhafte Entwicklung, in deren Verlauf zusammengehörige Denk-, Handlungs- oder Verhaltensabläufe in weitgehend unkontrollierte Teile und Einzelercheinungen zerfallen“ (Dudenredaktion 2013, o.S.)

2.2 Stoffgebundene Sucht

Allgemein unterscheidet man in den gängigen Klassifikationssysteme den Substanzmissbrauch und die Substanzabhängigkeit. Zusammengefasst kann man diese als Substanzstörungen bezeichnen.

Die meisten Definitionen zu Substanzstörungen beziehen sich hauptsächlich auf das Vorhandensein einer physiologischen Abhängigkeit, aber auch auf die konsumbedingten Folgen, beispielsweise im sozialen, rechtlichen oder beruflichen Bereich und auf die Quantität und die Intensität des Konsums (Moggi/ Donati 2004, 4).

Unterschieden wird auch noch einmal in verschiedene Substanzklassen, welche spezielle Wirkungsprofile haben und häufig in unterschiedlichen Kombinationen eingenommen werden. Das DSM-IV nennt hier folgende Substanzklasse:

„Alkohol, Amphetamine, Cannabis, Halluzinogene, Inhalantien, Koffein, Kokain, Nikotin, Opiate, Phencyclidine und Sedativa/ Anxiolytika.“ (DSM-IV, In: Moggi/ Donati 2004, 5).

Während der Abklärung einer Diagnose ist es daher erforderlich, jede dieser Substanzklassen zu überprüfen.

Im Folgenden werde ich die Unterschiede zwischen einer Substanzabhängigkeit und einem Substanzmissbrauch und deren Diagnosekriterien nach den gängigen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV aufzeigen.

Vorab möchte ich allerdings darauf hinweisen, dass Ende des Jahres 2014 eine deutsche Neuauflage des DSM-IV (das DSM-V) herausgegeben wurde. Da diese Arbeit schon im Vorfeld begonnen wurde und die Neuauflage momentan nur schwer zugänglich ist, werde ich nun kurz auf die prägnanten Veränderungen im DSM-V eingehen. Im Anschluss werde ich mich aber, wie auch die einschlägige Fachliteratur teilweise noch auf das DSM-IV beziehen, auch um die Unterschiede zum ICD-10 besser aufzeigen zu können.

Im DSM-V werden Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit nicht mehr spezifisch aufgeführt, sondern werden durch die Bezeichnung „Substanzgebrauchsstörung“ ersetzt.

Eine weitere Änderung bezieht sich auf die Einstufung des Schweregrades, welche nun vorgenommen wird.

Für die Substanzgebrauchsstörung gilt hier, dass mindestens zwei der folgenden Kriterien im letzten Jahr aufgetreten sein müssen. Wenn zwei bis drei der folgenden Kriterien aufgetreten sind, spricht das DSM-V von einer leichten, bei vier oder mehr Kriterien von einer starken Substanzgebrauchsstörung. Die Kriterien für eine Substanzgebrauchsstörung sind:

1. „Wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt.
2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.
3. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme.
4. Toleranzentwicklung charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis.
5. Entzugssymptome oder deren Linderung bzw. Vermeidung durch Substanzkonsum.
6. Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder länger als geplant.
7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
8. Hoher Zeitaufwand für die Beschaffung und den Konsum der Substanz, oder um sich von der Wirkungen zu erholen.
9. Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsum.
10. Fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme.
11. Craving das starke Verlangen nach der Substanz“ (Wiesbeck 2011; 11).

2.2.1 Substanzmissbrauch

Im ICD-10 wird zwischen schädlichem Gebrauch und dem Abhängigkeitssyndrom unterschieden. Der schädliche Gebrauch wird als ein Konsummuster psychotroper⁵ Substanzen definiert, welches zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese Gesundheitsschädigungen können sich in Form von körperlichen Störungen (beispielsweise eine Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen), oder psychischen Störungen (beispielsweise eine depressive Episode) äußern (Dilling/ Mombour/ Schmidt 2010, 98).

Für den Substanzmissbrauch gibt es keine eindeutigen Kriterien, wie bei der Substanzabhängigkeit. Ebenfalls gibt es keine Aussage über die Zeitspanne, in der ein Missbrauch stattgefunden haben muss. Generell kann man zum Substanzmissbrauch zusätzlich folgende Punkte anmerken:

⁵ *Psychotrop: „Auf die Psyche einwirkend, psychische Prozesse beeinflussend“ (Dudenredaktion 2013, o.S.)*

- Es muss deutlich sein, dass der Substanzgebrauch für die körperlichen oder psychischen Probleme verantwortlich ist.
- Das Konsummuster besteht mindestens seit einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf.
- Die Kriterien einer Abhängigkeit treffen nicht zu.

Nach dem DSM-IV müssen folgende Kriterien innerhalb des letzten Jahres erfüllt sein, um einen Substanzmissbrauch zu diagnostizieren:

1. Wiederholter Substanzmissbrauch, der häufig zu einem Versagen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt.
2. Wiederholter Substanzmissbrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.
3. Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz im Zusammenhang mit dem Konsum.
4. Fortgesetzter Konsum, trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme (Teesson/ Degenhardt/ Hall, 2008, 19).

2.2.2 Substanzabhängigkeit

Laut WHO (1985) wird eine Abhängigkeit wie folgt beschrieben:

„Abhängigkeit von Suchtstoffen bezeichnet einen Zustand psychischer und/ oder physischer Abhängigkeit einer Substanz mit zentralnervöser Wirkung, die zeitweise oder fortgesetzt eingenommen wird, um durch bestimmte Reize oder Reaktionen, Lustgefühle oder Lustzustände herbeizuführen bzw. Unlustgefühle zu vermeiden“ (Krausz/ Schäfer/ Lucht, 2005, 484).

Um eine Diagnose der Suchtmittelabhängigkeit stellen zu können, müssen laut ICD-10 mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres aufgetreten sein:

1. Ein ausgeprägter Wunsch oder ein Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Eine verminderte Kontrollfähigkeit bezogen auf den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums.
3. Substanzkonsum zum Vermeiden von Entzugssymptomen.

4. Eine Toleranzentwicklung, so dass eine höhere Dosierung benötigt wird, um die gewünschte Wirkung zu erzielen.
5. Negative Veränderung des Lebensstils zur Sicherstellung des Konsums.
6. Anhaltender Konsum, trotz nachweislicher schädlicher Folgen körperlicher, psychischer oder sozialer Art (vgl. ebd.: 99).

Im ICD-10 wird das Abhängigkeitssyndrom noch enger definiert:

„Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch psychotrope Substanzen oder Medikamente, Alkohol oder Tabak zu konsumieren“ (Dilling/ Mombour/ Schmidt 2010, 99).

Bei der Substanzabhängigkeit führt laut DSM-IV ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch zur Beeinträchtigungen oder zum Leiden. Um diese Diagnose stellen zu können, müssen mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein:

1. Toleranzentwicklung durch ein Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand hervorzurufen oder die deutlich verminderte Wirkung bei fortlaufender Einnahme derselben Dosis zu verändern.
2. Entzugssymptome, welche sich wie folgt äußern: Charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz oder ein Konsum der selben oder einer ähnlichen Substanz, um die Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
3. Die Substanz wird in höheren Mengen oder über längere Phasen eingenommen.
4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
5. Ein hoher Zeitaufwand für Tätigkeiten, welche zur Beschaffung, zum Konsum oder zur Erholung der Wirkung der Substanz dienen.
6. Soziale-, berufliche- oder Freizeitaktivitäten werden durch den Substanzgebrauch aufgegeben oder eingeschränkt.
7. Fortsetzen des Substanzgebrauchs, trotz Kenntnis über anhaltende oder wiederkehrende körperliche oder psychische Probleme, welche vermutlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurden (American Psychiatric Association 2000, o.S.).

2.2.3 Suchtstoffe und ihre Wirkung im Überblick

Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird jede Substanz als Droge definiert, welche in einem lebenden Organismus Funktionen zu verändern vermag. Dieser umfassende Begriff von Drogen erfasst nicht nur die illegalen Substanzen wie Cannabisprodukte, Halluzinogene, Opiate und Kokain, sondern auch legale Substanzen wie Alkohol, Tabakerzeugnisse, Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel. Der Begriff bezieht sich aber auch auf die sogenannten „Alltagsdrogen“, wie Kaffee und Tee (Soyka 2010, 3).

Im Folgenden werde ich einen Überblick über die Suchtstoffe geben, welche im Zusammenhang mit einer psychischen Störung und einer eventuellen Doppeldiagnose relevant sind.

Alkohol

Alkohol, welcher als Genussmittel konsumiert wird, heißt Äthylalkohol und wird durch Vergärung von Zucker aus unterschiedlichen Grundstoffen gewonnen und hat eine berauschende Wirkung.

Alkohol gehört zu den sogenannten legalen Drogen und ist gesetzlich lediglich durch das Jugendschutzgesetz eingeschränkt. Dieses verbietet die Abgabe von Alkohol an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren generell. Für Spirituosen gilt ein Abgabeverbot an Jugendliche unter 18 Jahren.

Eine akute Wirkung des Alkohols hängt von mehreren Faktoren ab. Sie kann stark schwanken, je nach aufgenommener Menge, der Alkoholkonzentration im Getränk, von der individuellen körperlichen und seelischen Verfassung, der Trinkgewohnung und der Toleranzentwicklung des Einzelnen.

In geringen Mengen wirkt Alkohol stimmungssteigernd, anregend und baut Hemmungen oder Ängste ab, auch in Bezug auf die Kontakt- und Kommunikationsbereitschaft.

Bei einer höheren Konzentration kann die Gefühlslage aber auch in negative Empfindungen, Gereiztheit oder Aggression umschlagen. Zusätzlich kann es bei einer erhöhten Alkoholkonzentration zu Wahrnehmungsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Verminderung der Urteilkraft, der Sprache und der Koordinationsfähigkeit kommen.

Ein extremer Konsum kann zu Benommenheit bis hin zum Koma führen. Bei regelmäßig hohem Konsum beginnt in fast allen Geweben des Körpers eine Zellschädigung.

Alkohol macht sowohl psychisch als auch körperlich abhängig.

Seit 1968 wird Alkoholismus als Krankheit angesehen. Die Behandlung dieser Krankheit fällt seit 1978 in die Zuständigkeit der Krankenkassen und der Rentenversicherung (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014, Nr.5, 1f.).

Amphetamine und Ecstasy

Amphetamine und Ecstasy (MDMA) sind synthetisch hergestellte Substanzen. Sie fallen unter das Betäubungsmittelgesetz und sind in Deutschland illegal. Sie können je nach chemischer Zusammensetzung aufputschend oder halluzinogen wirken. Die Grundsubstanz ist das Phenylethylamin. Konsumiert werden Amphetamine hauptsächlich in Pulver- oder Tablettenform. In Pulverform werden die Substanzen geschnupft oder in die Mundschleimhäute eingerieben. In gelöster Form können sie auch intravenös injiziert werden. Konsumiert wird am Tag zwischen 5-40 mg, wobei Dosen ab 50 mg pro Tag als hoch gelten. Durch die unterschiedliche Wirkung werden Amphetamine und deren Derivate⁶ in drei Hauptgruppen getrennt:

- die Gruppe der Psychostimulantien (Amphetamin und Methamphetamin):
Substanzen, die das zentrale Nervensystem anregen und die Gefühls-, Stimmungs- und Erlebniswelten anregen und verändern.
- die Gruppe der Entaktogene (MDA, MDMA, MDE):
Substanzen, welche das zentrale Nervensystem anregen und dadurch antriebssteigernd wirken und stark psychotrop (Emotionen beeinflussende Effekte) wirken.
- die Gruppe der Halluzinogene (DOM):
Substanzen, welche das zentrale Nervensystem anregen, die akustische und optische Wahrnehmungen verändern, ohne dass das Wahrgenommene wirklich existiert.

Niedrige Dosen von Amphetamin (5-20 mg) führen meist zu Euphorie, Rededrang und gesteigertem Selbstvertrauen. Es entstehen Gefühle entspannter Aufmerksamkeit und Stärke. Zusätzlich wird die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit gesteigert, während Müdigkeitssymptome, das Schlafbedürfnis, Appetit und Hungergefühle unterdrückt werden. Die Bronchien erweitern sich und es gibt einen Anstieg der Pulsfrequenz, des Blutdrucks und

⁶ Ein durch Veränderung der Struktur gewonnener Abkömmling des Ursprungsproduktes.

der Körpertemperatur. Höhere Dosen führen zu starken Erregungszuständen, beschleunigter Atemfrequenz, Zittern, Unruhe und Schlafstörungen.

Ecstasy gehört zur Gruppe der Entaktogene und löst 20 bis 60 Minuten nach der Einnahme ein inneres Glücksgefühl und friedliche Selbstakzeptanz aus. Es wirkt angstmindernd und verstärkt das Selbstvertrauen. Die Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit wird einfacher, visuelle und akustische Eindrücke werden intensiviert und das Berührungsempfinden gesteigert. Gleichzeitig vermindert sich das Schmerzempfinden sowie das Hunger- und Durstgefühl. Abhängig von der Umgebung wird der Konsument entweder ruhiger und zieht sich zurück oder wird aktiver.

Nachdem die Wirkung nachlässt entsteht ein Zustand körperlicher Erschöpfung. Dieser kann begleitet sein von Schlaf- und Konzentrationsstörungen, eventuellen Depressionssymptomen und Angstzuständen. Die Ausprägung der Wirkung hängt von der Menge, der Gefühlslage und der Umgebung ab. Besondere Risiken entstehen häufig durch die Unkenntnis der Konsumenten über Reinheitsgehalt und Zusammensetzung des jeweiligen Stoffes.

Vergiftungserscheinungen, welche auf Grund von Amphetaminkonsum auftreten können, sind unter anderem eine Verlangsamung der Herztätigkeit oder Herzrasen, erhöhter oder niedriger Blutdruck, Schwitzen oder Frieren, Übelkeit oder Erbrechen und Krampfanfälle. Über längere Zeit kann es zu Gewichtsverlust, Muskelschwäche und Verwirrtheit kommen.

Die Risiken des Ecstasykonsums bestehen, neben der Ungewissheit über die Inhaltsstoffe, hauptsächlich in den körperlichen Begleiterscheinungen. Ecstasykonsumenten neigen zu einem überdurchschnittlich starken körperlichen Bewegungsdrang, welcher einen bedrohlichen Flüssigkeitsverlust zur Folge haben kann. Dies liegt daran, dass Körpersignale wie Hunger, Durst und Müdigkeit nicht mehr wahrgenommen werden. Auch die Geschicklichkeit und die Feinmotorik werden beeinträchtigt, sowie das Konzentrations- und Urteilsvermögen stark vermindert.

Die Amphetaminabhängigkeit führt zu einem zunehmenden körperlichen Verfall und einem Rückzug aus dem sozialen Umfeld. Chronischer Konsum kann zu Amphetaminpsychosen⁷ und bleibenden Schädigungen von Nervenzellen im Gehirn führen. Amphetamine führen sehr schnell zu einer starken psychischen Abhängigkeit. Entzugssymptome zeichnen sich häufig durch Schlaflosigkeit, Mundtrockenheit, Unruhe und psychischen Symptomen, wie Stimmungsschwankungen, Angststörungen und Depressionen, aus (Deutsche Hauptstelle

⁷ *Seelische Störung, die oft mit Angst und Wahnvorstellungen einhergeht.*

für Suchtfragen e.V. 2014, Nr.8, 1f.).

Cannabis

Cannabis ist ein Produkt der Hanfpflanze und besitzt psychoaktive Wirkstoffe⁸. Cannabis wird unterteilt in Haschisch und Marihuana. In Deutschland fällt es unter das Betäubungsmittelgesetz und ist illegal. Der Wirkstoff der Cannabispflanze ist Tetrahydrocannabinol (THC), dessen Gehalt je nach Pflanzensorte schwankt.

Haschisch und Marihuana werden hauptsächlich durch Beimengen von Tabak inhaliert. Die Wirkung tritt unmittelbar nach dem Rauchen auf und kann bis zu vier Stunden anhalten. Die Wirkung hängt von der Grundstimmung des Konsumenten ab. Meist werden die bereits vorhandenen Gefühle und Stimmungslagen durch den Wirkstoff verstärkt. Auch bei Cannabis hängt die Wirkung zusätzlich von der Dosierung und der Qualität der Substanz ab. Es entsteht oft ein Gefühl der inneren Ruhe, was häufig zu einem verminderten Antrieb und einer Passivität führt.

Unerwünschte Nebeneffekte treten häufig in Form von Denkstörungen auf. Diese äußern sich durch bruchstückhaftes, ideenflüchtiges Denken. Konzentration und Aufmerksamkeit lassen nach und die Leistung des Kurzzeitgedächtnisses wird vermindert. Die KonsumentInnen sind schnell ablenkbar und konzentrieren sich häufig auf Nebenreize. Akute körperliche Auswirkungen sind beispielsweise erhöhter Blutdruck, leichte Steigerung der Herzfrequenz, Augenrötung und eventuelle Übelkeit. Während der Wirkungsdauer ist die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit vermindert und das Konzentrations- und Reaktionsvermögen beeinträchtigt.

Langfristiges Risiko eines dauerhaften Cannabiskonsums kann eine psychische Abhängigkeit sein (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2010, Nr.6, 1f.). Die psychische Abhängigkeit wird laut WHO als "ein unbezwingbares, gieriges seelisches Verlangen, mit der Einnahme der Droge fortzufahren" (Hummel 2004, 197) definiert.

In einigen Fällen kann der Konsum von Cannabis auch Psychosen mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen auslösen, welche im Erscheinungsbild einer Schizophrenie ähneln. Nur ein geringer Teil der CannabiskonsumentInnen ist von einer Abhängigkeit betroffen. Es kann über einen längeren Zeitraum hinweg ein Missbrauchsverhalten geben, ohne dass es zur Ausbildung einer Abhängigkeit kommt (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2010, Nr.6, 1f.).

⁸ Stoffe, welche auf das Zentralnervensystem einwirken und psychische Prozesse beeinflussen.

Kokain

Kokain wird aus den Blättern des Kokastrauchs (*Erythroxylon coca*) gewonnen. Durch verschiedene chemische Prozesse wird daraus ein weißes kristallähnliches Pulver gewonnen. Es wirkt berauschend und teils auch betäubend. Kokain ist ein illegales Suchtmittel, dessen Besitz und Handel nach dem Betäubungsmittelgesetz verboten und strafbar ist. In den 1950er Jahren wurde Kokain erstmals chemisch isoliert und erhielt seine Bezeichnung. Es wurde zur Behandlung von Depressionen und zur lokalen Betäubung bei bestimmten Operationen eingesetzt.

Kokain wird vorwiegend durch Schnupfen durch die Nase oder durch intravenöse Injektion konsumiert. In geringerem Maße entfaltet sich die Wirkung auch beim Kauen von Kokaablättern.

Der chronische Kokainkonsum wird in episodischen und kontinuierlichen Konsum unterschieden. Bei episodischem Konsum wird eine hohe Dosis wiederholt so lange eingenommen, bis der vorhandene Vorrat aufgebraucht oder der Konsument körperlich erschöpft ist. Anschließend folgt dann eine mehrtägige Abstinenzphase. Die kontinuierliche Konsumform zeigt sich dadurch, dass täglich gleich bleibende Mengen Kokain konsumiert werden.

Kokain stimuliert die Psyche stark, hat einen lokal betäubenden Effekt und verengt die Blutgefäße. Der aufputschende Effekt hängt von der Persönlichkeit des Konsumenten selbst, sowie von der Höhe der Dosis, der Art des Konsums und der Qualität des Stoffes ab. Die Wirkung setzt bei der gängigsten Konsumform, dem Schnupfen, nach wenigen Minuten ein und erreicht die maximale Konzentration im Blut nach 30 bis 60 Minuten. Bei Injektionen beginnt die Wirkung bereits nach wenigen Sekunden, da das Kokain das Gehirn schneller erreicht.

Kokain ist eine sogenannte "Leistungsdroge", da während der Wirkungsdauer eine Leistungssteigerung und erhöhte körperliche Belastbarkeit erzielt werden. Das Hungergefühl wird unterdrückt, das Schlafbedürfnis vermindert und euphorische Gefühle werden ausgelöst. Kokain wirkt lust- und potenzsteigernd. Bei kontinuierlichem Konsum entwickelt sich allerdings ein sexuelles Desinteresse und kann zu Impotenz führen. Der Rauschzustand durch Kokain verläuft normalerweise in drei Stadien:

Zuerst erlangt der Konsument das euphorische Stadium. Dieses ist gekennzeichnet durch gehobene Stimmung, ein erhöhtes Selbstwertgefühl, gesteigerten Antrieb, gesteigerte Denkfähigkeit, stärkere Sinneswahrnehmung und eine erhöhte Kreativität. Der Konsument

empfindet Sorglosigkeit, verliert Hemmungen im sozialem und sexuellem Verhalten und empfindet kein Schlafbedürfnis. Es kann auch zu leichten Halluzinationen kommen. Im Rauschstadium, welches nach circa 20-60 Minuten auftritt, klingt die Euphorie ab und es können neben den oben beschriebenen Wahrnehmungen ängstliche oder paranoide Gefühle auftreten.

Im depressiven Stadium fühlen sich die KonsumentInnen meist niedergeschlagen, antriebslos, müde und erschöpft. Ebenso können Angstzustände, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe und Suizidgedanken auftreten.

Kokain beeinflusst den Stoffwechsels bestimmter Botenstoffe des Nervensystems. Es hemmt die Wiederaufnahme der Botenstoffe Dopamin, Noradrenalin und Serotonin, wodurch es zu einer massiven Stimulation des zentralen Nervensystems kommt. Bei kurzzeitigem Konsum in geringen Dosen führt dies zu einer gesteigerten Aufmerksamkeit und einer ausgeprägten Hyperaktivität. Ebenso sorgt es für einen Anstieg der Pulsfrequenz, des Blutdrucks, der Körpertemperatur und der Atemfrequenz. Bei chronischem Konsum von Kokain führt dies allerdings zu nachhaltigen Störungen des Nervensystems. Hierdurch kann es zu den „typischen“ Persönlichkeitsveränderungen (antisoziale und narzisstische Verhaltensweisen) bei Kokainabhängigen kommen. Kokainkonsum führt schnell zu einer psychischen Abhängigkeit.

Bei einer Überempfindlichkeit gegenüber diesem chemischen Stoff kann es bereits bei geringen Mengen zu einem so genannten Kokainschock kommen. Dieser äußert sich beispielsweise durch starke Blässe der Haut, kalten Schweiß und Atemnot. Dies kann zu schwerem Kreislaufversagen führen. Eine Überdosierung kann zu einer Kokainvergiftung führen und äußert sich durch den Verlust der Koordinationsfähigkeit, Verwirrtheit, starker Unruhe und Krampfanfällen, welche durch Störungen der Hirntätigkeit ausgelöst werden (zerebraler Krampfanfall). Die Kokainvergiftung kann zu Bewusstseinsstörungen und zur Bewusstlosigkeit führen. Dies kann durch Atemlähmung und schweres Kreislaufversagen bis zum Tod führen.

Chronischer Kokainkonsum kann langfristig zu schweren körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen führen. Die körperlichen Beeinträchtigungen zeichnen sich durch eine Verringerung der körperlichen Widerstandskraft aus. Es kommt zu einer verminderten Belastbarkeit, starkem Gewichtsverlust und Schädigungen der Blutgefäße und verschiedener Organe, wie der Leber, dem Herz und den Nieren. Das regelmäßige Schnupfen von Kokain greift die Nasenschleimhäute und Nasennebenhöhlen stark an und kann zu chroni-

schem Nasenbluten, sowie zu einer Verminderung des Geruchs- und Geschmackssinns führen. Beim Konsum durch Injektion besteht die Gefahr von schweren Infektionen durch verunreinigtes Kokain und die Gefahr, wie bei jeder Injektion mit gemeinsam genutzten Spritzen, von Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014, Nr.3, 1f.).

Opiate

Opiate sind psychoaktive Substanzen, die aus dem Milchsaft der unreifen Kapseln des Schlafmohns (*Papaver somniferum*) gewonnen werden. Dieses sogenannte Rohopium setzt sich hauptsächlich aus den Bestandteilen Morphin und Codein zusammen. Geschichtlich gesehen wird es schon seit Jahrtausenden sowohl als Schmerzmittel, als auch als Rauschdroge konsumiert. 1806 isolierte ein deutscher Apotheker das Morphin, welches als stark wirkendes Schmerzmittel Anwendung finden sollte. Es wurde aber schnell deutlich, dass dieses ein starkes Abhängigkeitspotential mitbrachte. Daraufhin sollte ein stark wirkendes, aber nicht abhängig machendes Produkt isoliert werden. Es wurde das halbsynthetische „Diamorphin“ entwickelt, welches von Fabriken in hoher Auflage als sogenanntes Heroin auf den Markt kam. Dieses Produkt wirkte allerdings noch stärker und sorgte für eine noch schnellere Abhängigkeit. Anders als beispielsweise Codein, welches als Heilmittel in verschiedensten Bereichen und Formen Anwendung findet, ist Heroin als Heilmittel in Deutschland nicht mehr erlaubt und unterliegt somit dem Betäubungsmittelgesetz und ist illegal. Heroin wird intravenös injiziert oder geraucht.

Opiate oder Opioide⁹ wirken schmerzstillend und betäubend. Sie sorgen für den Verlust von Ängsten und Spannungen und erzeugen ein Gefühl der Euphorie. Es kann zum ekstatischen Erleben, motorischen Hemmungen und unterschiedlich starken Bewusstseinsstörungen bzw. -veränderungen kommen. Opiate/ Opioide wirken unmittelbar auf das zentrale Nervensystem, wo auch körpereigene Opioide (Endorphine) erzeugt werden. Die körpereigenen Endorphine helfen dem Körper bei der Stress- und Schmerzbewältigung, indem sie ausgeschüttet werden und sich an die Opiatrezeptoren im Nervensystem heften, wo sie dann schmerzunterdrückend und euphorisierend wirken. Durch die Einnahme von Opiaten/ Opioiden werden diese künstlich aktiviert. Diese Auswirkung auf das zentrale Nervensystem sorgt für eine schnell eintretende, sowohl psychische als auch körperliche Abhängigkeit. Neben den bereits beschriebenen Wirkungen können Nebenwirkungen, wie bei-

⁹ *Synthetisch oder halbsynthetisch hergestellte morphinähnliche Substanzen.*

spielsweise Übelkeit, kurzzeitige Müdigkeit und Dämmerzustände, sowie in seltenen Fälle Dysphorie¹⁰ und ein Abfall der Atemtätigkeit eintreten. Eine besondere Gefahr bei diesen Substanzen besteht im eng bemessenen Dosierungsspielraum. Dies kann beim Konsum sehr schnell zu einer Überdosierung führen. Diese akute Morphinvergiftung führt zu Lähmungen des Zentralnervensystems, was Ohnmacht und Beeinträchtigung des Atemzentrums, bis hin zu Atemlähmung und Tod hervorrufen kann.

Entzugssymptome treten schnell nach Absetzen der Substanz, sowohl körperlich als auch seelisch auf. Zu ihnen zählen beispielsweise Schwitzen, Frieren, Zittern, Gliederschmerzen, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Fieber und Schlafstörungen. Die psychischen Entzugssymptome äußern sich beispielsweise durch starke Reizbarkeit und depressive Symptome.

Der chronische Opiat-/ Opioidkonsum äußert sich zum einen durch einen körperlichen Abbau, sichtbar durch ein fahles Aussehen, Schweißausbrüche, Magen-Darm-Störungen, Hautausschläge und Potenzstörungen. Zum anderen können bleibende hirnorganische Schäden auftreten, welche zu Wahnvorstellungen, verminderter Denkfähigkeit und Psychosen führen können (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014, Nr.4, 1f.)

2.3 Doppeldiagnose

Im folgendem Absatz werde ich den Begriff der Doppeldiagnose und der Komorbidität näher erläutern.

Der Begriff „Doppeldiagnose“ kam erstmals in den 1980er Jahren auf, für Menschen mit einer geistigen Behinderung und gleichzeitiger psychischer Störung (Moggi/ Donati 2004; 2). Später kam der Begriff der Komorbidität als „das gemeinsame Auftreten einer psychischen Störung [...] und einer Substanzstörung“ (Moggi 2007, 15) innerhalb einer bestimmten Zeitspanne auf. Komorbidität oder Doppeldiagnose wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als das gleichzeitige Auftreten von psychoaktiven substanzbedingten Störungen und weiteren psychiatrischen Störungen definiert (WHO 1994, 40).

Der Begriff Doppeldiagnose ist in der Literatur jedoch nicht genau definiert und wird auch zur Beschreibung von anderen zweifachen Krankheiten verwendet (Gouzoulis- Mayfrank 2007, 22).

¹⁰ „Störung des emotionalen Erlebens [ohne Krankheitswert]; ängstlich-bedrückte, traurige, mit Gereiztheit einhergehende Stimmungslage“ (Dudenredaktion 2013, o.S.).

Dies ist auch ein wichtiger Kritikpunkt an diesem häufig benutzten Begriff, da dieser suggeriert, dass es sich um exakt zwei psychiatrische Krankheitsbilder handelt. Oftmals weisen komorbide Patienten allerdings neben ihrer Suchterkrankung oft mehrere zusätzliche psychiatrische Diagnosen oder auch Mehrfachabhängigkeiten auf.

Moggi und Donati definieren eine Doppeldiagnose als *„das gemeinsame Auftreten eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit von einer oder mehreren psychotropen Substanzen und mindestens einer anderen psychischen Störung bei einem Patienten“* (Moggi/ Donati 2004, 3).

Komorbidität bezeichnet hingegen nicht nur zwei Diagnosen oder Erkrankungen.

Schwierig bei beiden Definitionen ist auch, dass es keine Aussage über den Schweregrad der jeweiligen Krankheiten gibt. Ebenso wenig ist es möglich, eine genaue Definition zu treffen, da sowohl psychische Störungen als auch Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit keine einheitlichen Begriffe sind.

Selbst komorbide Patienten, welche das selbe Suchtmittel konsumieren und dieselbe psychische Erkrankung aufweisen, können nicht als homogene Gruppe bezeichnet werden, da auch sie unterschiedliche Auswirkungen und Probleme mitbringen und einen unterschiedlichen Krankheitsverlauf haben.

Um von einer Komorbidität zu sprechen, muss die psychische Erkrankung auch substanzunabhängig auftreten. Das bedeutet, dass eine psychotische Störung auch unter abstinenter Bedingungen weiterbesteht (Biermann (Hrsg.) 2006, 4).

Wissenschaftler haben zur Entstehung von Komorbidität verschiedene Erklärungsansätze, da immer noch nicht klar ist, ob die Sucht die Psychose oder die Psychose die Sucht auslöst. In den meisten Fällen einer Doppeldiagnosestörung geht man mittlerweile aber davon aus, dass sich die psychische Störung vor der Substanzstörung manifestiert. Zwischen dem Beginn einer psychischen Störung und dem einer Substanzstörung liegen meistens zwischen fünf und zehn Jahre. Bei den Persönlichkeitsstörungen ist dies in fast allen Fällen, bei der Angststörung in rund 80% der Fälle die Auftrittsreihenfolge. Bei den affektiven Störungen ist es ausgeglichen, welche Störung zuerst auftritt.

Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass es nicht wenigen Patienten mit der Diagnose „Psychose und Sucht“ gibt, wobei die Prozentangaben auf die Prävalenz dieser Doppeldiagnose stark schwanken. In einigen Studien ist die Rede von ein bis drei Prozent (Schlüter-Dupont 1990, 164), andere sprechen von bis zu sechzig Prozent (z.B. Schwoon u. Krausz 1992). Diese extremen Schwankungen der Zahlen könnte zum Teil auch daraus resultieren, dass die Diagnose Sucht immer noch häufig, aufgrund ihres negativen Rufs,

vermieden wird. „Sucht erscheint weiterhin als eine Krankheit zweiter Klasse, so dass im diagnostischen Jargon allenfalls so weit gegangen wird, von einem >sekundären Abusus< zu sprechen“ (Schwoon u. Krausz 1992, 8)¹¹.

Mit dem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (die sogenannte Psychiatrie-Enquete) 1975 und der daraus resultierenden Öffnung der Langzeitkrankenhäuser kamen die psychisch Kranken nach und nach zurück in den Fokus des Gesundheitssystems. Ein Umfassendes System und Zusammenspiel von spezifischen Angeboten etablierte sich in den darauf folgenden Jahren. Ein Problem, dieser oft langjährigen Unterbringung und Behandlung der KlientInnen in Langzeitkrankenhäusern, war die Abschirmung von äußeren Faktoren, somit auch die Abschirmung von Rauschmitteln.

Parallel zu diesen Hilfesystemen entwickelte sich auch in der Suchtkrankenhilfe ein konzeptionell gestütztes System. In den 1960er-Jahren wurde Sucht als eine psychische Erkrankung anerkannt, wodurch in diesem Bereich qualifizierte und spezialisierte Konzepte zur Suchtbehandlung entstanden sind.

Als die Gruppe der DoppeldiagnoseklientInnen auffällig wurde, verspürte keines der Hilfesysteme das Bedürfnis, ihr gut funktionierendes System zu verändern, nur weil ein paar sogenannte „Systemsprenger“ auffällig wurden (Niestrat 2010, 47, In: Sadowski, Niestrat (Hrsg.) 2010). Das Problem, dass es diese PatientInnengruppe gibt, wurde anfangs häufig geleugnet. Dies war bis 1996 auch diagnostisch möglich, da es Doppeldiagnosen per Definition nicht gab.

Mit dem Klassifikationsmodell ICD-9¹² war es erforderlich, eine Hauptdiagnose zu stellen und anderen Diagnosen als Sekundärdiagnosen unterzuordnen. Dies führte dazu, dass gesetzliche Betreuer und Sozialdienste die behandelnden Ärzte darum baten, eine bestimmte Diagnose als Hauptdiagnose zu stellen, je nachdem, welche Einrichtung eine Zusage gegeben hatte. Dies führte meist dazu, dass die Betroffenen aus den Einrichtungen wieder verschwanden und nach einem Suchtmittelrückfall oder einer psychischen Verschlimmerung im anderen System als sogenannte „DrehtürpatientInnen“ wieder auftauchten.

Erst durch die Einführung des ICD-10 und des DSM-VI ist es möglich geworden, mehrere Hauptdiagnosen bei einer Person stellen zu können. Das lag daran, dass die vorherigen Klassifikationsmodelle nicht nur Symptome, sondern auch die Ursache der Entstehung, die Therapiemöglichkeiten und die Heilungsprognosen einer Krankheit beschrieben haben (Moggi/ Donati 2004, 2).

11 *Abusus: „Missbrauch, übermäßiger Gebrauch“ (Dudenredaktion 2013, o.S.)*

12 *Internationale Klassifikation der Krankheiten, 9. Revision*

Erst seit den späten 1980er Jahren verwendet man das Wort Doppeldiagnose in seiner heutigen Bedeutung und entwickelte zunehmend ein Bewusstsein dafür, dass diese PatientInnen ein spezielles Setting brauchen um eine adäquate Behandlung zu erhalten (ebd.).

Wenn in dieser Arbeit die Begriffe Doppeldiagnose oder Komorbidität verwendet werden, stehen beide synonym für eine spezielle Komorbidität, welche geprägt ist durch zwei gleichzeitig bestehende Diagnosen: Mindestens eine psychische Störung und mindestens einen Substanzmissbrauch oder eine Substanzabhängigkeit.

3. Unterschiede zwischen einer Doppeldiagnose und einer psychischen Störung durch Substanzmissbrauch

Eine psychische Störung durch Substanzmissbrauch wird als eine substanzinduzierte psychische Störung bezeichnet. Diese wird diagnostiziert, wenn die Symptome als Konsequenz einer oder mehrerer Substanzen auftreten und wieder verschwinden, wenn die Substanz oder Substanzen für eine bestimmte Zeit wieder abgesetzt werden.

Das DSM-IV definiert eine Reihe von Symptomen als substanzinduzierte Störungen:

- Entzugssymptome
- Intoxikationssymptome
- Substanzinduziertes Delir
- Persistierende¹³ substanzinduzierte Demenz
- Substanzinduzierte Psychotische Störung
- Substanzinduzierte Affektive Störung
- Substanzinduzierte Angststörung
- Substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörung
- Substanzinduzierte Schlafstörung (Moggi/ Donati 2004, 13).

Eine Substanzinduzierte Störung wird dann diagnostiziert, wenn die Symptome stärker ausgeprägt sind als bei einem „normalen“ Entzug.

Moggi und Donati zeigen beispielhaft auf, dass *„eine substanzinduzierte Angststörung dann diagnostiziert [wird], wenn die Angstsymptome ausgeprägter sind, als dies auf Grund von*

¹³ *Persistieren: „bestehen bleiben, fort dauern (von krankhaften Zuständen)“ (Dudenredaktion 2013, o.S.)*

Art und Menge der eingenommenen Substanz erwartet würde“ (ebd., 15).

Es muss also geklärt werden, ob diese Symptome schon vor dem Konsum von Suchtmitteln auftraten, oder eine Folge des Substanzkonsum sind. Als Faustregel gilt, dass eine Doppeldiagnose diagnostiziert werden kann, wenn die Symptome mehr als vier Wochen nach einer Intoxikation oder eines Entzuges bestehen (ebd., 16).

Eine substanzinduzierte Psychose kann laut ICD-10 in verschiedenen Intervallen auftreten. Sie kann direkt während oder unmittelbar nach der Einnahme von Substanzen auftreten. Es kann nach der Wirkung der Substanz anhalten (beispielsweise eine substanzbedingte Demenz), oder verzögert bis zu zwei Wochen nach der Einnahme noch eintreten (ebd., 4).

Da die Diagnosekriterien im ICD-10 nicht eindeutig aufgeführt sind, ist es für die Diagnostik einer Doppeldiagnose hilfreicher, die Kriterien des DSM-IV zu verwenden.

4. Diagnoseproblem

Ein Problem der Feststellung einer Doppeldiagnose ist, dass PatientInnen häufig wegen psychischer Probleme zum Arzt gehen und die Einnahme von Substanzen leugnen. Wichtig ist während der Diagnosephase, dass die KlientInnen abstinent bleiben. Daher ist es in der Praxis ratsam, dass die Beratungs- oder Behandlungstermine früh am Morgen festgelegt werden, da ein Konsum am Vorabend so nur schlecht verborgen werden kann. Wenn ein adäquates Vertrauensverhältnis aufgebaut wurde, wird häufig erst das ganze Ausmaß des Konsums deutlich.

Ein weiteres Beurteilungsmerkmal kann auch das Alter der Person bei Erstauftreten der psychischen Erkrankung sein. Wenn beispielsweise eine manisch depressive Phase erstmals nach dem 45. Lebensjahr auftritt, deutet dies stark darauf hin, dass diese ein Symptom einer substanzinduzierten Störung ist. Wenn diese depressiven Schübe schon vorher im Lebenslauf auftauchten und auch während abstinenten Phasen auftraten, kann man von einer Doppeldiagnosestörung ausgehen (ebd, 16).

Auch die vermeintlichen Entzugssymptome müssen überprüft werden. Jeder Substanzentzug sorgt für andere Entzugssymptome. Wenn ein Klient für die Substanz unspezifische Entzugssymptome aufweist, deutet dies eher auf eine unabhängige psychische Störung hin und nicht auf eine substanzinduzierten Störung. Auch wenn die psychische Störung vor dem Konsum nicht vorhanden war, ist es möglich, dass es sich bei diesen Symptomen

um eine psychische Störung handelt, welche durch die Substanz erst vollständig ausgelöst wurde (ebd. 17).

Wie in Kapitel 2 beschrieben, listet das DSM-IV eine Reihe von Substanzklassen auf. Für die Diagnostik einer Doppeldiagnose sollte jede dieser Substanzklassen bei KlientInnen überprüft werden, da diese oft verschiedene Substanzen gleichzeitig konsumieren. Ebenfalls müssen die Kriterien in Bezug auf Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit erfüllt sein, da nur ein Konsum nicht ausreichend wäre um eine Doppeldiagnose zu stellen. PatientInnen mit einer noch nicht identifizierten Doppeldiagnose weisen häufig einen ungünstigen Behandlungsverlauf auf. Sie nehmen häufiger ambulante und stationäre Angebote in Anspruch, oftmals auch abwechselnd in Therapieangeboten für psychische Störungen und in Angeboten für Substanzstörungen. Oft wird bei diesen PatientInnen aber sichtbar, dass kaum eine Besserung ihre Lage eintritt. Der Verlauf und die Prognose bei DoppeldiagnoseklientInnen hängt stark von der Schwere der beiden Krankheiten ab (Moggi/Donati 2004, 11). Rosenthal und Westreich (1999) unterscheiden vier Typen von DoppeldiagnoseklientInnen.

Typ I ist gekennzeichnet durch eine schwere Substanzstörung, meist eine Substanzabhängigkeit und starken psychopathologischen Belastungen, also starken Auswirkungen und Veränderungen der Persönlichkeit durch eine psychische Krankheit.

Diese KlientInnen suchen sich von selbst, oder werden häufig von anderen zuerst in eine Therapieeinrichtung der Suchthilfe verwiesen.

Während des Entzugs treten dann häufig Symptome psychischer Störungen auf, welche bereits vor der Substanzstörung auftraten oder welche nach dem Entzug erstmals auftreten und andauern. Anschließend zeichnet sich dieser Typ dadurch aus, dass meist mehrere Therapieversuche, sowohl mit dem Schwerpunkt Sucht, als auch mit dem Schwerpunkt der psychischen Störung unternommen wurden. Dieser Verlauf kann nur durch eine langfristig angelegte und speziell abgestufte integrative Therapie unterbrochen werden.

Typ II ist gekennzeichnet durch eine leichte Substanzstörung, meist einen Substanzmissbrauch und eine stark ausgeprägte psychische Störung. Diese KlientInnen suchen häufig als erstes eine ambulante oder psychotherapeutische Therapie auf und erst später eine stationäre Therapie gegen ihre psychische Störung. Erst im späteren Verlauf einer Therapie entsteht der Verdacht eines Substanzmissbrauchs, beispielsweise durch fehlende Therapiefortschritte oder wiederholte Therapieabbrüche. Dieser Verlauf kann nur durch eine Therapie unterbrochen werden, welche den Schwerpunkt auf die psychische Krankheit legt, aber auch eine Rückfallprävention des Substanzkonsums mit einbezieht.

Der Typ III ist gekennzeichnet durch eine schwere Substanzstörung, meist eine Abhängigkeit und eine schwach ausgeprägte psychische Störung. Bei diesen KlientInnen kommt es häufig zu wiederholten stationären Entzügen, während denen substanzinduzierte Symptome, wie depressive Symptome auftreten. Anschließend werden mehrere Entwöhnungstherapien durchgeführt. Wenn diese zu einer anhaltenden Abstinenz führen, kann die psychische Störung behandelt werden. Eine günstige Prognose kann erzielt werden, wenn die psychische Störung in der Suchttherapie erkannt und eine Behandlung begonnen wird. So wird eine gute Grundlage für eine anschließende Weiterbehandlung gesichert.

Typ IV ist gekennzeichnet durch eine leichte Substanzstörung, meist einen Substanzmissbrauch und eine schwach ausgeprägte psychische Störung. Diese KlientInnen suchen meistens erst eine ambulante oder psychotherapeutische Behandlung gegen die psychische Störung auf. Da der Therapiefortschritt aber meist durch den Substanzmissbrauch gestört wird, muss hier interveniert werden. Wichtig ist hierbei, dass die Intervention gegen den Substanzmissbrauch gelingt, da nur so die psychische Störung adäquat behandelt werden kann (Moggi/ Donati 2004, 12f.).

Diese Aufteilung macht deutlich, dass es häufig, gerade bei Patienten des Typs II- IV, schwierig ist eine Doppeldiagnose zu erkennen und die bestmögliche Behandlungsmethode zu finden.

Wie in Kapitel 3 beschrieben, ist es für eine Diagnose ebenfalls schwierig, aber sehr wichtig, eine Differentialdiagnose vorzunehmen. Diese klärt, ob es sich um Entzugssymptome handelt, um eine substanzinduzierte Störung oder eine nicht- substanzinduzierte psychische Störung (ebd. 16).

5. Modelle zur Erklärung der Zusammenhänge zwischen beiden Krankheiten

Es gibt in der Literatur eine Menge Theorien über die Entstehung von Substanzstörungen und die Entstehung psychischer Störungen. Zum Thema Doppeldiagnose ist die Befundlage hierzu schon sehr viel geringer. Dennoch gibt es mittlerweile einige Erklärungsmodelle, welche ich im Folgenden aufzeigen werde.

All diese Modelle sind Konzepte, welche beschreiben, ob und wie eine Störung (Störung A) mit einer anderen Störung (Störung B) direkt oder indirekt in einer kausalen Verbindung zueinander steht, ob beide Störungen auf gemeinsame Faktoren zurückgeführt werden

können oder es sich um eine einzige Störung handelt (Moggi / Donati, 2004; 26).

5.1 Psychoseinduktion

Das Konzept der Psychoseinduktion geht davon aus, dass eine primäre Substanzmittelabhängigkeit für die Manifestation einer psychischen Störung verantwortlich ist oder zur Entstehung beiträgt (Seydel 2009, 29).

Das Modell der Psychoseinduktion bezieht sich besonders auf die Wirkungen von Cannabis, Halluzinogenen und Stimulanzien. Andere Substanzen werden selten als Verursacher von Psychosen nachgewiesen, obwohl zumindest Alkohol und Benzodiazepine¹⁴ besonders während der Entzugsphase psychotische Symptome auslösen können (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 11). Der akute Rauschzustand bei Cannabis und Halluzinogenen kann bereits Ähnlichkeiten zu den Symptomen einer Psychose aufweisen. Durch den Konsum der oben genannten Substanzen können sogenannte drogeninduzierte Schizophrenie-ähnliche Psychosen von mehreren Tagen und Wochen auftreten. Das Modell der Psychoseinduktion geht davon aus, dass Psychosen durch den Konsum dieser Substanzen erneut ausgelöst werden können. Diese schizophrenen Psychosen können auch ohne den Konsum weiter ausgeprägt werden. Klinische Erfahrungen stützen dieses Modell, da insbesondere Cannabiskonsum häufig dem Ausbruch von akuten Psychosen vorausgeht. Diese Annahme wird allerdings nicht von allen bestätigt (z.B.: u.a. Soyka 1993). Beispielsweise wurde von Hambrecht und Häfner (1996) nachgewiesen, dass nicht charakteristische Symptome einer Psychose, sogenannte Prodromalsymptome, häufig vor der Suchtentwicklung vorhanden waren. Andere Wissenschaftler gehen davon aus, dass der Cannabiskonsum als auslösender Faktor anzusehen ist, welcher bei einer entsprechenden biologischen Veranlagung den Ausbruch der Erkrankung auslösen oder beschleunigen könnte. Diese Aussage führt zu der Annahme, dass zumindest einige Patienten mit einer diagnostizierten drogeninduzierten Psychose eine Doppeldiagnose aufweisen, da es sich nicht um eine drogeninduzierte Psychose handelt, sondern die Psychose auch ohne Drogenkonsum zu einem späteren Zeitpunkt ausgebrochen wäre.

Im Fall der Schizophrenie beispielsweise, würde diese Annahme mit der Anzahl der Schi-

¹⁴ „Benzodiazepine sind Arzneimittel, die als Entspannungs- und Beruhigungsmittel oder als Schlafmittel verabreicht werden und zur Abhängigkeit führen können“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Nr.1, o.J., 1f.).

zophreniepatientInnen in unterschiedlichen Ländern übereinstimmen und zu dem Befund passen, dass PatientInnen mit Suchtstörung und Schizophrenie beim erstmaligen Auftreten der Schizophrenie im Durchschnitt jünger waren als schizophrene PatientInnen ohne Suchtstörung (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 14f.).

5.2 Sekundäre Suchtentwicklung

Das Konzept der sekundären Suchtentwicklung geht davon aus, dass die schizophrene Störung das Risiko, eine Substanzmittelabhängigkeit zu entwickeln, erhöht. Die psychische Störung ist hier die primäre Erkrankung und die Sucht eine Reaktion auf diese (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 7). Laut Duden wird der Begriff „sekundär“ definiert, als etwas, das an zweiter Stelle steht oder zweitrangig ist (Dudenredaktion 2013, o.S.).

Diese Theorie wird von drei Hypothesen unterstützt, welche ich im Folgenden erläutern werde: Die Selbstmedikationshypothese, das Affektregulationsmodell, die Supersensitivitäts-Hypothese, und die Sozial- Drift- Hypothese (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 7ff.).

Die „Selbstmedikationshypothese“ von Khantzian (1985/1997) ist das bekannteste Modell der sekundären Suchtentwicklung. Dieses Modell geht davon aus, dass das Suchtverhalten eine Reaktion bzw. ein unzuweckmäßiger Bemühungsversuch ist, die Symptome einer Psychose zu unterdrücken. Lange Zeit ist man davon ausgegangen, dass dadurch eine Komorbidität entstehe. Man geht also davon aus, dass bestimmte psychotrope Substanzen bei bestimmten Krankheitssymptomen und Beschwerden konsumiert werden, um diese zu lindern oder gegen Nebenwirkungen von neuroleptischen Medikamenten eingenommen werden. Diese Annahme würde für das Verhalten der KonsumentInnen bedeuten, dass sie sich für ihre Symptome Substanzen suchen, die konträre Symptome oder Gefühle hervorrufen. Beispielsweise würden Personen, die unter Positivsymptomen¹⁵ der Schizophrenie leiden, wie z.B. Halluzinationen, Wahn oder innere Unruhe eher zu beruhigenden, entspannenden und dämpfenden Substanzen wie z.B. Alkohol, Benzodiazepine und Cannabis greifen.

PatientInnen mit Negativsymptomatik¹⁶, wie z.B. Sozialer Rückzug, Antriebsmangel oder Interessenverlust würden eher stimulierende, antriebssteigernde Drogen konsumieren. Durch Untersuchungen (z.B.: u.a. Brunette 1997) konnte dieser Zusammenhang zwischen

¹⁵ Symptome, welche durch die Schizophrenie auftreten und vorher nicht da waren

¹⁶ Symptome, welche Verhaltensweisen verschwinden lassen

diesen Symptomtypen der Schizophrenie und dem bevorzugtem Konsum einer bestimmten Droge allerdings nicht nachgewiesen werden (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 10).

In einigen Studien (z.B.: u.a. Mueser 1998) zeigte sich, dass die Ausmaße des Konsums und die Wahl der Substanz bei schizophrenen PatientInnen auf bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, wie beispielsweise Impulsivität zurückgeführt werden können. Dies ist allerdings bei allen KonsumentInnen der Fall und kein spezifisches Problem bei psychischen Störungen. Es sollte also eher davon ausgegangen werden, dass psychotische PatientInnen aus ähnlichen Gründen wie andere Menschen Substanzen konsumieren und keine "Selbstbehandlung" ihrer psychotischen Symptome durch den Konsum praktizieren.

Das Affektregulationsmodell (u.a. Blanchard 2000) ist eine Weiterentwicklung der Selbstmedikationshypothese. Dieses stellt die Hypothese auf, dass gleiche oder ähnliche Persönlichkeitseigenschaften, sowohl bei gesunden, wie bei schizophrenen Menschen zur Entwicklung eines Substanzmissbrauchs führen. Diese Persönlichkeitseigenschaften stammen meist aus dem Bereich des Neurotizismus. Diese sind gekennzeichnet durch ängstliche, launische, empfindliche, depressive, reizbare und labile Verhaltensweisen.

Der Substanzmissbrauch wird also als Bewältigungsstrategie gegenüber der negativen Verhaltensmuster und Persönlichkeitseigenschaften genutzt, was in diesem Zusammenhang die hohe Komorbidität zwischen Psychosen und Sucht erklären könnte. Dieses Modell kann auch dadurch gestützt werden, dass ein Substanzkonsum in vielen Fällen bereits vor dem Ausbruch der Psychose bestand und über längere Zeiträume, auch bei Veränderungen durch schizophrene Symptome, aufrechterhalten wurde. Bei diesem Modell wird der Zusammenhang zwischen einzelnen Symptomen und bevorzugten Substanzen ausgeschlossen.

Die Supersensitivitäts- Hypothese geht davon aus, dass Suchtstoffe als Stressoren genutzt werden. Dieses Modell ist stark an Behandlungsmodelle der Schizophreniebehandlung angelehnt. Entstanden ist dieses Modell aufgrund von Beobachtungen, bei denen sichtbar wurde, dass SchizophreniepatientInnen häufig geringe Mengen von Substanzen konsumieren, aber eher selten eine Abhängigkeit oder Folgeschäden durch diesen Konsum entwickeln. Trotzdem erleben diese Personen häufig unangenehme Akkuteffekte und es entwickeln sich bei geringen Dosen häufig psychotische Symptome oder psychotische Rückfälle.

Dies zeigt, dass auch geringe Dosen, welche nicht als Missbrauchsverhalten gewertet werden, Einfluss auf die psychische Störung haben (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 10).

Die Sozial- Drift- Hypothese stützt die Annahme, dass auch soziale Faktoren einen Sub-

stanzmissbrauch bei psychischen Störungen (insbesondere der Schizophrenie) begründen könnten. Diese Vermutung beruht darauf, dass Personen mit psychischen Störungen häufiger in sozial- schwachen Milieus leben, in denen deviantes¹⁷ Verhalten und Substanzkonsum gehäuft vorkommen. Die Hypothese geht davon aus, dass in diesen Milieus soziale Randgruppen leben, welche häufig normabweichendes Verhalten zeigen und dadurch toleranter mit psychisch auffälligen Personen umgehen. Hierdurch fühlen sich Personen mit einer psychischen Störung in diesem Umfeld wohler und angenommener (ebd.).

5.3 Gemeinsame ätiologische¹⁸ Faktoren

Das Konzept der gemeinsamen ätiologischen Faktoren geht davon aus, dass ein oder mehrere Faktoren sowohl für die psychische Störung, als auch für die Substanzmittelabhängigkeit verantwortlich sind, beispielsweise genetische Faktoren. Dieses Modell bezieht sich wieder stark auf die Schizophrenie und geht davon aus, dass Schizophrenie und Sucht eine gemeinsame neurobiologische Grundlage aufweisen könnten. Schizophrenie und Suchtstörungen könnten demnach gemeinsame genetische Komponenten aufweisen, die bei gemeinsamen Auftreten eine bestimmte Wirkung haben könnten. Bislang konnte diese Hypothese durch verschiedene Studien (z.B.: Kendler/ Gardner 1997; u.a. Mueser 1998) aber nicht belegt werden (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 16).

Eine These ist, dass Schizophrenie und Sucht in einem bestimmten Bereich des Großhirns eine neurobiologische Grundlage haben. Hierbei geht man von einer Dysfunktion des zentralen dopaminergen Systems, also des Nervensystems aus. Dieses ist für die Produktion von Dopamin verantwortlich. Wenn diese Dysfunktion vorliegt, könnte es sein, dass die Nervenfunktionen, welche für die Schizophrenie verantwortlich sind, gleichzeitig die Nervenfunktionen unterstützen könnten, welche die positiven Verstärkungseffekte psychotroper Substanzen vermitteln. Somit würde eine Verwundbarkeit für die Suchtentwicklung erhöht werden. Dies liegt unter anderem daran, dass Dopamin ein sogenannter „Glücksbote“ ist und positive Gefühle auslöst.

Einige Theorien (u.a. Chambers 2001) gehen davon aus, dass eine erhöhte Ambitionierung gegenüber der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Substanzkonsum bzw. Sub-

17 *Deviant*: „von der Norm sozialen Verhaltens, vom Üblichen abweichend“ (Dudenredaktion 2013, o.S.)

18 *Ätiologie*: „Zugrunde liegender ursächlicher Zusammenhang (besonders von Krankheiten)“ (Dudenredaktion 2013, o.S.)

stanzmissbrauch ein Symptom der Schizophrenie ist (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 16).

Diese Hypothese könnte erklären, weshalb sich ein Missbrauch häufig vor, nach oder gleichzeitig mit dem Auftreten psychotischer Symptome entwickeln kann. Daraus könnte resultieren, dass man die Abhängigkeit bzw. den Missbrauch von Substanzen als Teil der Behandlung von PatientInnen mit Schizophrenie planen müsste. Somit könnte zumindest im Einzelfall Schizophrenie und Sucht, nicht von einer Doppeldiagnose gesprochen werden kann.

Keines der beschriebenen Modelle kann empirisch belegt oder widerlegt werden, eben so wenig, wie sie sich gegenseitig ausschließen (ebd., 18f.).

Höchstwahrscheinlich gibt es für bestimmte Patientengruppen unterschiedliche Modellansätze, welche passen könnten und das es Mischformen dieser Modelle gibt. Dennoch ist es wohl hilfreich, eine hypothetische Zuordnung von Patienten zu einem oder mehreren dieser Erklärungsmodelle vorzunehmen, da es dabei helfen kann, die Komorbidität besser verstehen zu können und einen besseren Therapieplan für sie zu erstellen. Dieses Modell findet auch bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung Anwendung.

Diese Störung weist hohe Komorbiditätsraten mit einer Suchtabhängigkeit, aber auch mit schizophrenen Psychosen auf. Es gibt vermehrt Studien (z.B. u.a. Kessler 1997; u.a. Regier 1990) darüber, dass bestimmte Verhaltensformen bei einer antisozialen Persönlichkeitsstörung als Vorläufersymptome, sowohl bei einer schizophrenen Psychose, als auch bei Substanzmittelabhängigkeit sichtbar sind (Moggi/ Donati 2004, 30).

Personen mit einer Suchterkrankung, welche auch eine antisozialen Persönlichkeitsstörung aufweisen, haben häufig einen schwereren Krankheitsverlauf mit frühem Konsumbeginn und einer schlechteren sozialen, gesetzlichen und physischen Lage, als Substanzmittelabhängige ohne diese Störung.

Dies legt nahe, dass die antisoziale Persönlichkeitsstörung ein gemeinsamer ätiologischer Faktor von Substanzmittelabhängigkeit und Schizophrenie sein könnte (ebd.).

Gouzoulis-Mayfrank weist dennoch darauf hin, dass diese Hypothese mit Vorsicht betrachtet werden muss, da einige Faktoren der antisozialen Persönlichkeitsstörung Diskussionsbedarf liefern, wie beispielsweise das extreme Hervorheben der Kriminalität, welches beispielsweise bei einer Suchtmittelabhängigkeit auch erhöht sein kann, ohne dass eine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Dies trifft nicht nur auf Kriminalität, sondern auch auf andere Verhaltensmuster zu, welche durch Substanzabhängigkeit auftreten können und denen einer Persönlichkeitsstörung ähneln (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 18f.).

6. Behandlungsansätze im Hilfesystem

Bevor ich im nächsten Kapitel auf mögliche Behandlungsansätze von DoppeldiagnoseklientInnen eingehen werde, wird in diesem Abschnitt noch einmal auf die vorherrschenden Behandlungsansätze der Psychotherapie eingegangen. Einige sich stark unterscheidende Behandlungsmerkmale der Suchthilfe und der Hilfe für psychische Störungen wurden schon kurz erwähnt und werden im Folgenden noch näher analysiert. Dennoch handeln alle grundsätzlich nach bestimmten Therapieverfahren, welche sich in Deutschland vermehrt durchgesetzt haben.

Zuvor werde ich aber zum besseren Verständnis noch einmal auf die Verortung der Sozialen Arbeit in den Therapien eingehen, damit die in dieser Arbeit verwendeten Begrifflichkeiten von therapeutischer Arbeit und Therapie nicht falsch verstanden werden und ein Bezug zum Studium der Sozialen Arbeit noch deutlicher wird.

In den vorangegangenen Kapiteln ging es mehrfach um die Therapie und in diesem Zusammenhang auch um die therapeutische Betreuung. Diese wird in Kliniken und vielen Therapieeinrichtungen oder Einrichtungen von TherapeutInnen übernommen. Dennoch sind die beschriebenen therapeutischen Maßnahmen in dieser Arbeit auch bezogen auf Tätigkeiten, welche durch SozialarbeiterInnen oder SozialpädagogInnen übernommen werden. Besonders in der Suchthilfe wird die therapeutische Behandlung von SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen übernommen, welche durch bestimmte Weiterbildungsgänge geschult wurden.

Aber auch in multiprofessionellen Teams, beispielsweise in der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen wirkt die Soziale Arbeit in Deutschland bei der Therapie im Bereichen der Psychiatrie, in Akut- und Fachkrankenhäusern und in Einrichtungen der Resozialisierung mit (Pauls 2013, 17ff.).

Dieses Arbeitsfeld in der Sozialen Arbeit wird als Klinische Sozialarbeit bezeichnet. Die Klinische Sozialarbeit ist im Sozial- und Gesundheitsbereich, die *„direkt beratend-*

behandelnde Tätigkeit in der Fallarbeit, unabhängig davon, ob dies in Praxen, ambulanten Beratungsstellen, in Tageseinrichtungen, oder in Kliniken und Langzeiteinrichtungen stationär erfolgt“ (Pauls 2013, 16).

Die Klinische Sozialarbeit hat die Heilung, Verbesserung und Linderung von psychosozialen Störungen, Defiziten oder Beeinträchtigungen als Ziel, welche Konflikte, Belastungen und geistige oder körperliche Erkrankungen von Menschen verursachen oder aufrechterhalten können.

6.1 Therapieformen

Als Überbegriffe kann man Therapiemöglichkeiten in stationäre, teilstationär und ambulante Angebote unterteilen.

Laut Duden werden diese wie folgt definiert: Der Begriff „stationär“ wird aus medizinischer Sicht als „an eine Krankenhausaufnahme gebunden“ oder „die Behandlung in einer Klinik betreffend“ (Dudenredaktion 2013, o.S.) definiert. Teilstationär ist eine Mischform welche als „teils stationär, teils zu Hause ablaufend“ (ebd) definiert wird und unter ambulant versteht man, dass die Behandlung „nicht an eine Krankenhausaufnahme gebunden; nicht stationär“ ist (ebd).

Psychotherapie ist ein wesentlicher integrierter Bestandteil stationärer, teilstationärer oder ambulanter Maßnahmen, auch in der Entwöhnungstherapie.

Grob kann man Therapien der Suchtbehandlung in Früh- oder Kurzintervention, Akut- und Postakutbehandlung (Bundespsychotherapeutenkammer/ Fachverbandes Sucht e.V. 2008, 3) unterscheiden.

In der Früh- oder Kurzintervention geht es um das Erkennen gesundheitsgefährdenden (riskanten) Substanzkonsums und erste beratende und motivierende Interventionsstrategien.

Bei der Akutbehandlung geht es um Maßnahmen zur Entgiftung und des Entzugs. Ebenso wichtig in dieser Phase ist die Förderung der Motivation, zur Inanspruchnahme weiterer Behandlungsangebote.

Bei Postakutbehandlungen handelt es sich um Maßnahmen, welche zur Substanzentwöhnung beitragen und helfen sollen, Funktions- und Leistungsfähigkeit des chronischen Konsumenten im Alltag und Beruf zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen.

Hierzu zählen auch Interventionsmaßnahmen zur Verbesserung komorbider psychischer und körperlicher Störungen. Diese Behandlungsphase wird durch Maßnahmen der Nachsorge ergänzt. Unter Nachsorge versteht man die ambulante Behandlungsphase, welche an eine stationäre oder teilstationäre Behandlung anschließt. Auf diese wird in Kapitel 6 noch einmal näher eingegangen.

In Deutschland existiert ein umfassendes und differenziertes Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke. Sie basieren auf einem ganzheitlichen Behandlungsansatz, dessen Schwerpunkt in der Rehabilitation liegt. Zu diesem System gehören Beratungsstellen, Fachambulanzen, Fachkliniken, Psychiatrische Kliniken, Allgemeinkrankenhäuser und niedergelassene Ärzte und PsychotherapeutInnen. Zusätzlich existiert ein großes Netzwerk

von Selbsthilfegruppen für Abhängigkeitskranke (Bundespsychotherapeutenkammer/ Fachverbandes Sucht e.V. 2008, 4).

6.2 Gängige Therapieverfahren

Im nachfolgendem Abschnitt werde ich nun die in Deutschland gängigsten Therapieverfahren aufzeigen. Diese verdeutlichen noch einmal, welche Vielfalt an psychischen Krankheiten und Formen der Abhängigkeit bestehen und das für jede/n KlientIn und jedes Problem, nach dem am besten geeigneten Setting gesucht werden muss.

6.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie

Im Duden wird kognitiv als „das Wahrnehmen, Denken, Erkennen betreffend“ (Dudenredaktion 2013, o.S.) definiert. Aaron T. Beck ist ein amerikanischer Psychotherapeut und einer der bekanntesten Entwickler der kognitiven Verhaltenstherapie. Das Hauptmerkmal der kognitiven Verhaltenstherapie ist, dass die Therapie um eine Fallformulierung herum organisiert ist. Durch eine möglichst genaue Fallformulierung muss der/die TherapeutIn alle gesammelten Informationen der KlientInnen zu einem Modell zusammenführen. Hier müssen die psychologischen Faktoren erklärt werden, welche zur Entwicklung und Aufrechterhaltung des Problems geführt haben. Diese möglichst umfangreiche Fallformulierung wird dann zur Anleitung und Kontrolle von psychologischen Interventionen genutzt. Diese Fallformulierung wird schriftlich und in Diagrammform erstellt.

Ursprünglich entwickelte Beck dieses Modell für die Behandlung von Depressionen, später übertrug er es auch auf Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch (Wills 2014, 22).

Das zentrale Merkmal dieses Modells ist die Herausarbeitung der unterschiedlichen Arten und Ebenen der Wahrnehmung der KlientInnen. Ebenso wie die Herstellung von Beziehungen zwischen diesen verschiedenen Wahrnehmungen und den Verhaltensweisen (ebd 22f.). Beck hat die Kognitionsprozesse in verschiedene Ebenen unterteilt, die aufeinander aufbauen. Die oberste Ebene wird als Schema bezeichnet. Er definiert das Schema als „große Ansammlung („Cluster“) von Bedeutungen, die wiederum spezifischere zentrale

Überzeugungen und Annahmen beinhalten“ (ebd., 23).

Die nächste Ebene ist die zentrale Überzeugung. Der/die KlientIn hat eine bestimmte Sichtweise auf das eigene Selbst, andere Menschen oder die Welt, welche stark durch die erste Ebene geprägt wurde.

Die daraus resultierende Ebene, die „Annahme“, definiert sich durch festgefahrene Sichtweisen. Oft äußern diese sich durch „wenn-dann-Aussagen“ oder aufgestellte Lebensregeln, um sich selbst zu schützen. Die KlientInnen sehen hierbei keine andere mögliche Lösung.

Als Beispiel kann man das Verhalten des Misstrauens nehmen. Auf der Schemaebene ist das Misstrauen entstanden. Dies kann beispielsweise durch frühe Erfahrungen entstanden sein. Auf der Ebene der negativen zentralen Überzeugung trifft der/die KlientIn die Entscheidung niemandem vertrauen zu können. Dadurch entsteht auf der letzten Ebene die verfestigte Annahme, wenn der/die KlientIn jemandem vertraut, werde er/sie enttäuscht (ebd. 23). Durch diese sogenannte Lägsschnittfallformulierung werden diese Ebenen als Teil eines Verletzbarkeitskonzeptes angesehen, welches bei KlientInnen dafür sorgt, auf bestimmte Auslöser mit negativen Symptomen und psychologischen Problemen zu reagieren.

Häufig wurde Beck dafür kritisiert, dass er andere relevante Faktoren neben der Kognition außer acht lässt, welche ebenfalls Einfluss auf die Probleme der KlientInnen haben.

In späteren Arbeiten ging er zwar darauf ein, dass unter anderem auch die Gesundheit, die Gene oder sozioökonomische Faktoren eine Rolle spielen, er dennoch die Kognition als Leitfaktor sieht (ebd., 55).

Die kognitive Verhaltenstherapie geht im Kern also davon aus, dass unser Denken, unsere Einstellungen und Bewertungen unser Verhalten bestimmen, ebenso wie das, was wir fühlen und wie wir handeln. Dies bedeutet konkret, wenn unsere Bewertung einer Situation unangemessen ist, wird es die Reaktion auch sein. Gemeinsam mit den KlientInnen wird erarbeitet, wann diese Einstellung entstanden ist und wie diese verändert werden kann.

6.2.2 Psychoanalytische Therapie („Psychoanalyse“)

Die Psychoanalyse wurde in den 1890er Jahren von Sigmund Freud entwickelt und befasst sich mit den unbewussten Vorgängen im Seelenleben. In seiner Arbeit „Psychoanalyse und Libidotheorie“ definierte er diese Theorie wie folgt:

"Psychoanalyse ist der Name 1. eines Verfahrens zur Untersuchung seelischer Vorgänge, welche sonst kaum zugänglich sind; 2. einer Behandlungsmethode neurotischer Störungen, die sich auf diese Untersuchung gründet; 3. eine Reihe von psychologischen, auf solchem Wege gewonnenen Einsichten, die allmählich zu einer neuen wissenschaftlichen Disziplin zusammenwachsen." (Freud 1923a, 211).

Diese Definition wird seitdem in der internationalen wissenschaftlichen Gemeinschaft der Psychoanalytiker als verbindlich anerkannt. Sie beinhaltet unter anderem eine Persönlichkeitstheorie, welche Aussagen über die Entwicklung, die Struktur und die Funktion der menschlichen Psyche, sowohl in Krankheitsphasen, als auch in gesunden Lebensphasen trifft. Diese Theorie geht davon aus, dass unbewusste Faktoren unser Denken, Handeln und Fühlen beeinflussen, und dadurch zu inneren Konflikten führen können.

Auch die Krankheitslehre spielt eine Rolle in der Psychoanalyse. Diese trifft Aussagen über die Entstehung und Heilungsmöglichkeiten von psychischen Krankheiten. Untersucht werden hierbei psychische Konflikte und deren Auswirkungen auf die Entwicklung von Menschen, deren Körper und die Beziehung zu anderen Menschen. Ebenso untersucht werden Entwicklungsdefizite und die Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen.

Das Ziel der Psychoanalyse besteht darin, den PatientInnen bei der Entwicklung einer persönlichen Kontinuität und der Aneignung unbewusst gewordener oder verdrängter Lebensereignisse zu helfen. Das Ziel soll nicht die Entwicklung einer „perfekten“ Persönlichkeit sein, sondern das Erlernen einer Methode, die persönlichen unbewussten Motive selbst erforschen zu können und sich dieses Unterbewusste bewusst zu machen. Beispielsweise kann ein/e PatientIn durch unbewusste Schuldgefühle Hemmungen, Selbstbestrafungstendenzen oder Depressionen entwickeln, ohne sich darüber bewusst zu sein. Den KlientInnen sollen der Raum und die Bedingungen gestellt werden, eine authentische Kommunikation zu führen und bewusster und selbstverantwortlich zu denken. Diese Fähigkeit ist seit dem Kindesalter in jeder Person verankert.

Schwere emotionale und schmerzliche Erfahrungen werden häufig verdrängt und können so zu psychischen Störungen führen. Diese Erfahrungen werden laut der Psychoanalyse

dann traumatisch, wenn die primären Bezugspersonen eines Kindes in den ersten Lebensjahren nicht die notwendigen Konstanten und emotional ausreichenden Beziehungserlebnisse erfahren lassen. Wenn diese Bedingungen nicht gegeben sind, können die Kinder keine wichtigen Erfahrungen, wie Schmerz, Hass, Angst, Schuld, Neid, Eifersucht, Abhängigkeit, Verlust und Frustration erlernen und lernen diese auszuhalten. Wenn diese Erfahrungen nicht adäquat verarbeitet werden können, können sie zu einem Trauma führen. Die Behandlung beinhaltet meist einen schmerzlichen Erkenntnisprozess. Dieser kann allerdings nur gelingen, wenn ein Setting mit Toleranz für das momentane Verhalten vorhanden ist. Die Psychoanalyse baut auf das „Wissen wollen“, Ehrlichkeit und „sich der Wahrheit verpflichtet fühlen“ auf. Diese Grundhaltung und die unbestimmte Aufmerksamkeit der AnalytikerInnen gegenüber den KlientInnen wird als „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ bezeichnet und bildet den Kern der Psychoanalyse.

Es ist also wichtig, die KlientInnen nicht in eine bestimmte Richtung zu lenken, sondern ihnen die Freiheit zu geben, alles mitteilen zu können. Hierdurch soll der Prozess eingeleitet werden, unbewusste Erlebnisse zu aktivieren, um sie dann zu deuten und erkennbar zu machen. Durch diese Methode entwickelt sich eine spezielle Beziehung zwischen den AnalytikerInnen und den KlientInnen.

Es wird davon ausgegangen, dass durch die Verinnerlichung früher Beziehungserfahrungen heutige seelische Strukturen, wie beispielsweise das Selbstwertgefühl und das Erleben der Wirklichkeit geprägt wurden. Diese Beziehungsmuster werden in der Behandlung wiederbelebt, was in der Fachsprache als Übertragung bezeichnet wird.

Wenn ein Mensch sich nicht mehr anpassungsfähig und lernfähig auf innere und äußere Anforderungen einstellen kann, führen Hemmungen und Blockaden zu neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen. Die Psychoanalyse soll die Entwicklung zu einer bewussten Individualität herbeiführen und die KlientInnen dazu befähigen Gedanken, Gefühle und Wünsche akzeptieren zu lernen und zu erlernen, wie diese mit der Umwelt vereinbart werden können (Pro Psychotherapie e.V., online unter: <http://bit.ly/17150Sv>).

6.2.3 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Dieses Verfahren ist an die Psychoanalyse angelehnt und wird bei neurotischen, psychotischen und psychosomatischen Störungen angewendet (Kruse/ Wöller 2014, 9).

Die Psychotherapie-Richtlinien definieren die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie folgendermaßen:

„Die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und struktureller Störungen unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden“ (Gemeinsamer Bundesausschuss

2015, 8). Der primäre Gedanke dieser Therapie wird gestützt durch die Annahme, dass unser Denken, Handeln und Fühlen, aber auch unsere körperliche Gesundheit nicht nur unserem Willen entsprechen, sondern auch unbewussten Einflüssen unterliegen. Hierunter fallen besonders innere Konflikte, welche in der kindlichen Entwicklung entstanden und so das spätere Leben besonders prägen. Ein Beispiel für so einen inneren Konflikt ist das Verhältnis von Unabhängigkeit und Bindung. Der Wunsch eine Unabhängigkeit und Selbstständigkeit zu entwickeln steht mit dem gleichzeitigen Wunsch nach Bindung und Versorgung im Konflikt. Wenn dieser Konflikt so stark ist und nicht aufgehoben werden kann (beispielsweise durch eine schmerzhaftige Trennung einer Bezugsperson), verdrängt die Person diesen Konflikt als Schutzfunktion. Dieser wird somit ins Unbewusste verschoben. Trotzdem werden das Handeln und die Gefühle der Person weiter davon beeinflusst und dies wird Auswirkungen auf die Beziehungen zu anderen Menschen haben.

Durch eine erneute Trennung von einer wichtigen Person zu einem späteren Zeitpunkt, kann dieser unbewusste Konflikt stark belastende und auffällige Gefühle und Verhaltensweisen auslösen. Nicht nur für die betroffene Person, sondern auch für die Mitmenschen. Dieser Konflikt kann dann sogar zu körperlichen Erkrankungen führen und sich in psychischen und körperlichen Symptomen äußern, welche durch Verfestigung zu psychischen oder psychosomatischen Störungen ausgebildet werden können (Kruse/ Wöller 2014, 47). Ein weiterer Faktor zur Entwicklung psychischer Störungen sieht die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in ungünstigen Lebensbedingungen in der frühkindlichen Entwicklung. Dies können beispielsweise Vernachlässigung oder Gewalterfahrungen sein.

Hierdurch kann es zur fehlenden oder eingeschränkten Ausbildung von bestimmten Fähigkeiten kommen, welche für das spätere Leben, spätere Beziehungen oder für die Interaktion mit der Umwelt wichtig sind. Zu diesen Fähigkeiten zählen beispielsweise, sich ein rea-

listisches Bild von sich selbst und anderen Menschen machen zu können, inklusive positiven und negativen Eigenschaften. Häufig können diese Personen sich schwer in andere hineinversetzen, was dazu führen kann, keine stabilen Beziehungen zu anderen Menschen aufbauen und aufrecht erhalten zu können. Ebenfalls fehlt diesen Personen die Fähigkeit, das eigene Verhalten zu steuern und Emotionen mitteilen zu können (ebd., 48).

Abhängig davon, wie schwer diese Fähigkeiten bei einer Person beeinflusst sind, leidet die Person unter einer leichten oder einer schweren psychischen Störung.

Diese beeinträchtigten Fähigkeiten beeinflussen auch die Arbeit mit den PsychotherapeutInnen. Daher ist es in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wichtig, dass die TherapeutInnen die unbewussten Hintergründe und Auslöser dieses Konfliktes herausfinden und diese aufzeigen. Gleichzeitig wird daran gearbeitet, die beeinträchtigten Fähigkeiten zu verbessern (Jaeggi/ Riegels 2008, 24) .

Durch eine Mischung aus Unterstützung und Konfrontation versuchen die TherapeutInnen das notwendige Vertrauen und die Offenheit der KlientInnen zu gewinnen, welches für die weitere Behandlung notwendig ist. Dies geschieht in Einzelgesprächen oder Gruppensitzungen, welche für ca. 50 Minuten ein bis zwei Mal die Woche stattfinden. Je nach Schwere kann die Therapiezeit zwischen drei Monaten und zwei Jahren andauern (Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V., online unter: <http://bit.ly/1AvTMwO>).

Die Therapie ist zielorientiert. Die Schwerpunkte und Ziele der Therapie werden vor und während der Behandlung miteinander besprochen.

6.2.4 Gesprächspsychotherapie

Die Gesprächspsychotherapie wurde in den 1940er Jahren vom Psychologen Carl Rogers in den USA entwickelt. In den 70er Jahren kam dieses Konzept nach Deutschland, wo es mittlerweile neben der Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse eines der am häufigsten angewandten Therapieverfahren ist.

Carl Rogers definiert dieses Verfahren als klientenzentriert. Zwischenmenschliche Beziehungen müssen durch Wachstum und Veränderungen stetig weiterentwickelt werden. Die Grundhypothese beruht darauf, dass jede Person ein Wachstumspotential besitzt, welches in der Beziehung zu anderen Personen freigesetzt werden kann. Wichtig hierfür ist aber, dass die TherapeutInnen emotionale Zuwendung und ein starkes, sensibles und nicht ur-

teilendes Verstehen besitzen und dies den KlientInnen gegenüber auch zum Ausdruck bringen können. Das besondere an diesem Ansatz ist, dass der Schwerpunkt mehr auf dem Prozess der Beziehung, als auf den Symptomen oder deren Behandlung liegt. (Rogers 1983a, 17; In: u.a. Eckert 2000, 235)

Durch diese Definition werden vier Aspekte besonders betont, welche den Unterschied zu anderen Therapieverfahren bilden.

Der erste Aspekt ist die Persönlichkeitstheorie, welche die Annahme vertritt, dass sich die menschliche Persönlichkeit durch Begegnungen, Wachstum, Selbstbestimmung und Wahlfreiheit auszeichnet.

Ein weiterer Aspekt ist das existenzphilosophische¹⁹ Menschenbild, welches davon ausgeht, dass der Mensch bestrebt ist, die Person zu sein, die er oder sie auch in Wirklichkeit ist.

Die Gesprächspsychotherapie wird als therapeutischer Prozess gesehen, in dessen Zentrum nicht die Symptome, sondern die Therapeut- Klienten- Beziehung steht. Diese zeichnet sich durch ein tiefes Vertrauen des Therapeuten/ der Therapeutin gegenüber den Ressourcen bzw. Entwicklungsmöglichkeiten der KlientInnen aus. Wenn der Aufbau dieser Beziehung gelingt, wird davon ausgegangen, dass diese Ressourcen freigesetzt werden können und Symptome sich dadurch verändern.

Der letzte zu erwähnende Aspekt ist, dass Psychotherapie als psychologische Tätigkeit verstanden wird, deren Wirkung durch geeignete wissenschaftliche Methoden untersucht werden kann (ebd.).

Rogers sah Menschen grundsätzlich als gut an. Wenn Menschen sich „schlecht“ verhalten, ging er davon aus, dass dies eine Konsequenz ist, welche durch Missachtung der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit im Kindes- oder Erwachsenenalter entstanden ist. Der letzte Aspekt ist die Überzeugung, dass jeder Mensch nach Selbstverwirklichung, Wachstum und Autonomie strebt. Dementsprechend geht dieser Ansatz davon aus, dass psychische Störungen durch Hemmungen oder Unterdrückungen dieser Bedürfnisse entstehen (ebd.).

In der Gesprächspsychotherapie soll die Fähigkeit der Selbstverwirklichung wiederhergestellt werden. Dies soll durch Rahmenbedingungen entstehen, welche entgegen den Bedingungen sind, die zu der Fehlanpassung geführt haben. Das bedeutet, dass die KlientIn

¹⁹ „philosophische Richtung des 20. Jahrhunderts, deren Hauptthema das im Erleben und Handeln sich erschließende, wesenhafte menschliche Dasein ist“ (Dudenredaktion 2013, o.S.)

als ExpertIn ihrer eigene Person angesehen werden. Dies muss von Therapeutenseite durch ein hohes Maß an Empathie, Wertschätzung und Echtheit ermöglicht werden. Nur so kann ein angstfreier Rahmen geschaffen werden, in dem der Klient/ die Klientin erlernen kann, mit sich selbst wertschätzend umzugehen und eigene Gefühle und Wahrnehmungen zu spüren und ernst zu nehmen. Die Gesprächsinhalte werden von den KlientInnen bestimmt, während der/die TherapeutIn auf diese Inhalte eingeht und die KlientInnen dabei unterstützt, sich selbst zu erforschen. Der/die TherapeutIn kann Anregungen geben, soll aber keine Ratschläge erteilen. Die Gesprächspsychotherapie kann als Einzel-, Paar- oder Gruppentherapie eingesetzt werden (ebd.).

6.2.5 Systemische Therapie

Der Duden definiert das Wort „systemisch“ als *„ein bestimmtes System (als Ganzes) betreffend“* (Dudenredaktion 2013, o.S.). Das System wird hier als die *„Gesamtheit von Objekten, die sich in einem ganzheitlichen Zusammenhang befinden und durch die Wechselbeziehungen untereinander gegenüber ihrer Umgebung abzugrenzen sind“* (Dudenredaktion 2013, o.S.) und als *„Menge von Elementen, zwischen denen bestimmte Beziehungen bestehen“* (ebd.) definiert.

Demnach geht es in der systemischen Theorie vorwiegend um einen Ansatz, in dem Beziehungen zwischen bestimmten Menschen im Mittelpunkt stehen.

Es ist ein Heilverfahren, welches als ein besonderer Kontext der systemischen Beratung gesehen wird (von Schlippe/ Schweitzer 2013, 31).

Eine Krankheit wird in der systemischen Therapie als Teil einer größeren, entweder als störend oder auch gestört erlebten Interaktion angesehen. Wenn eine oder mehrere Personen stark daran leiden, wird ihr ein Krankheitswert zugeschrieben (von Schlippe/ Schweitzer 2014, 15).

Wie die meisten Therapien geht die systemische Therapie davon aus, dass eine veränderte Kommunikation zwar nicht der alleinige Faktor ist und nicht unmittelbar erreicht werden kann, aber zu Veränderungen im psychischen und biologischen System anregen kann (ebd. 17).

Die systemische Therapie geht nicht davon aus, dass aus einzelnen oder mehreren Ursachen oder Ereignissen aus der Vergangenheit eine aktuelle Erkrankung linear erklärbar ist. Zwar werden Lebensereignisse aus der Vergangenheit mit einbezogen, hierbei geht es

aber vorrangig nicht um die Fakten, sondern vielmehr um die unterschiedlichen Erzählungen der in das System eingebundenen Personen.

Es wird davon ausgegangen, dass Erzählungen aus der Vergangenheit, der aktuellen Gegenwart, aber auch der Zukunft zur Erzeugung und Chronifizierung von Störungen beitragen. Dennoch werden belastende Lebensereignisse zwar nicht als Ursache angesehen, aber als Risikofaktor für eine Krankheitsentwicklung mit einbezogen.

Diese Therapieform stellt die Annahme, dass die Vergangenheit einer Person oder eines Systems zwar nicht verändert werden kann, aber jeder Mensch in einem bestimmten Rahmen die Möglichkeit hat, zu entscheiden, auf welche Aspekte der Vergangenheit er sich wie bezieht (ebd., 29).

Schweitzer und von Schlippe nennen hier ein Beispiel einer „schlechten Kindheit“. Eine Person kann diesen Lebensabschnitt unter dem Gesichtspunkt des „Leidens“ sehen oder unter dem Gesichtspunkt, dass der eigene Lebenswille so stark war, dass das Leiden ausgehalten und überstanden wurde (ebd.).

Die systemische Therapie interessiert sich vermehrt für Schutzfaktoren, Bewältigungskompetenzen und materielle, soziale und psychische Ressourcen (ebd.). Es wird weniger die Frage nach dem Verursacher, als nach der Selbstchronifizierung von Störungen gestellt. Diese Chronifizierung wird als Ergebnis einer aktiven, aber meist unterbewussten Gemeinschaftsleistung des Systems angesehen und nicht als Ergebnis eines Defizits, welches in der Person verankert ist (ebd., 30).

Aus systemischer Sicht sind die Therapie und die Diagnose nicht richtig voneinander trennbar. Aussagen und Erzählungen, welche KlientInnen TherapeutInnen erzählen, beinhalten nämlich immer auch diagnostische Informationen. Beispielsweise kann der/die TherapeutIn durch Erzählungen mehr über das soziale Umfeld oder die Selbsteinschätzung der KlientIn herausfinden, gleichzeitig zeigen sich durch ungewohnte Denkweisen eventuelle Störungen.

Störungen werden hier aber nicht als etwas negatives angesehen, sondern als eine qualitative Eigenschaft, welche den KlientInnen das Leben in einem bestimmten System ermöglicht. Daher versuchen SystemtherapeutInnen eine Störung oder Symptome wertschätzend zu beschreiben und so Ressourcen der Problemlösung zu aktivieren (ebd., 31). Ein wichtiger Aspekt ist, dass die „Systeme“ ExpertInnen ihrer selbst und autonom sind.

Deshalb ist die systemische Therapie der Ansicht, dass die Personen in einem System keine neuen Fertigkeiten oder Fachwissen (beispielsweise Wissen über bestimmte Störungen) erlernen müssen. Stattdessen benötigen sie Hilfe bei der Überwindung von Blocka-

den und der Reaktivierung potentieller Lösungsressourcen.

Die Therapie ist stark an die Wünsche der Betroffenen angelehnt und wird dann beendet und als erfolgreich angesehen, wenn die Betroffenen das Gefühl haben, dass ihr Problem sich zufriedenstellend gelöst hat (ebd., 32).

Die Grenzen der Systemischen Beratung entstehen dort, wo kein soziales System vorhanden ist, beispielsweise bei vereinsamten KlientInnen. Hier gibt es keine Grundlage, wo die Anregungen aus der Therapie verarbeitet werden können.

Ebenfalls stößt sie an ihre Grenzen, wenn eine Störung so tief gehend oder festgefahren ist, dass diese durch kommunikative Angebote nicht ausreichend aufgearbeitet werden kann (ebd., 35).

Die systemische Therapie arbeitet häufig mit Übertragungstechniken, insbesondere mit sogenannten Skulpturen. Es werden in einer bestimmten Form Gegenstände oder Puppen benutzt, um die Positionen und Haltungen von Personen im System darzustellen.

6.3 Probleme der konträren Behandlungsansätze

Die Behandlung von DoppeldiagnoseklientInnen ist mit einer Reihe von Schwierigkeiten verbunden. Die Handlungskonzepte der Suchttherapie und die Behandlungsansätze der Psychiatrie weisen eine Reihe von konträren Behandlungsansätzen auf, haben sich für die spezielle Fachrichtung allerdings als hilfreich erwiesen.

Beispielsweise wird bei der Suchtbehandlung häufig problemkonfrontierend gearbeitet, bei der Psychotherapie hingegen, wird eher behutsam und beschützend auf die KlientInnen eingegangen (Moggi/ Donati 2004, 34).

Hierdurch entsteht häufig das Problem, dass beide Hilfesysteme DoppeldiagnoseklientInnen nicht in ihrem System aufnehmen wollen, da entweder die psychische Störung oder die Abhängigkeit ein Ausschlusskriterium für die Behandlung darstellt.

Dieses Problem ergibt sich zum Teil auch dadurch, dass den psychischen Störungen das Merkmal einer Krankheit zugeschrieben wird, aber der Drogenabhängigkeit das Merkmal einer Verhaltensauffälligkeit. Dies wird auch dadurch deutlich, dass in der Suchttherapie hauptsächlich nicht-ärztliche TherapeutInnen (meist SozialarbeiterInnen/ -pädagogInnen) arbeiten. Diesen fehlen häufig die Erfahrungen für die Behandlung von psychischen Erkrankungen und sind folglich mit der Behandlung von DoppeldiagnoseklientInnen überfordert, was schnell zu einem Ausschluss der Aufnahme für diese KlientInnen führt (Gouzou-

lis-Mayfrank 2007, 29).

Dieses Problem wird aber auch dadurch bedingt, dass die beiden Hilfesysteme zwei unterschiedliche Modellvorstellungen haben, das Suchtmodell und das Psychotherapiemodell. Beim Suchtmodell wird die Substanzabhängigkeit als primäres Problem gesehen und die Abstinenz gegenüber dem Suchtmittel als Problemlösung. Bei diesem Konzept soll die gefühlte Machtlosigkeit gegenüber der Sucht überwunden werden, um an das Abstinenzziel zu gelangen (ebd., 35).

Beim Psychotherapiemodell werden die Symptome einer psychischen Störung und ihre Auswirkungen auf die KlientInnen als primäres Problem gesehen und die Erreichung von emotionaler Stabilität als Problemlösung. Bei diesem Konzept wird den KlientInnen das Selbstmanagement näher gebracht, um die Problemlösung zu erreichen.

Vertreter dieser beiden Modelle gehen in der Regel davon aus, dass die beiden Modelle nicht in ein neues Modell integriert werden können.

Ein weiteres Problem besteht bei der Abstinenzanforderung. Die meisten stationären Suchteinrichtungen stellen hohe Ansprüche an die Substanzabstinenz der KlientInnen. Um ihren Therapieplatz zu behalten, wird eine strikte Abstinenz vorausgesetzt und Rückfälle können zum Ausschluss aus der Therapie führen. Häufig gehören auch regelmäßige Drogenkontrollen zur Therapie (ebd., 33). KlientInnen mit einer psychischen Störung konsumieren Drogen teilweise zur Linderung ihrer Symptome und sind häufig weniger abstinenzmotiviert. Dies könnte daraus resultieren, dass die Symptome unter abstinenter Bedingungen häufig verstärkt erlebt werden und es dadurch wieder zu Rückfällen kommt.

Im Gegensatz dazu arbeitet die Psychotherapie eher tolerierend bezogen auf einen Drogenkonsum oder Rückfall und sieht die Sucht meist als Nebenthema an. Dies führt bei DoppeldiagnoseklientInnen in dieser Therapieform häufig dazu, dass auf die Abhängigkeit wenig bis gar nicht eingegangen wird (Moggi/ Donati 2004, 34). Häufig wirkt dieser tolerierte Substanzkonsum sich in der Therapie aber negativ auf den Verlauf aus.

In der Suchthilfe wiederum wird beispielsweise häufig versucht, auf eine Psychopharmakotherapie der KlientInnen zu verzichten, da diese auch zu einer Abhängigkeit führen kann. Allerdings bedeutet dies gleichzeitig, dass die psychischen Störungen nicht medikamentös behandelt werden und die KlientInnen wieder stärker unter den Symptomen leiden (Hilger 2009, 17).

Das klassische Behandlungsmodell der Suchttherapie basiert meist auf einem Gemeinschaftsmodell und ist überwiegend gruppenorientiert. Hierdurch sollen die KlientInnen soziale Verhaltensweisen, eine feste Tagesstruktur und das Einhalten von Regeln erlernen.

Die Psychotherapie arbeitet hingegen meist individuumszentriert und soll somit die KlientInnen vor Überforderung schützen. Auch für DoppeldiagnoseklientInnen ist das hauptsächlich gruppenorientierte Setting schwierig, da sie häufig emotional nicht belastungsfähig genug sind, um dies aushalten zu können.

Wichtig für die Behandlung von DoppeldiagnoseklientInnen ist das Wissen über die Vielzahl der Störungsbilder und ihrer Kombinationen. Ebenso gibt es Symptome, welche sowohl bei psychischen Störungen, als auch bei Substanzmittelabhängigkeit bzw. deren Entzug auftreten und sich in Art und Auswirkung ähneln, wodurch eine Differentialdiagnose wichtig ist. Auf diese werde ich im nächsten Absatz näher eingehen.

Die Auflistung der konträren Behandlungsansätze macht deutlich, dass es beiden Hilfesystemen an Behandlungs- und Interventionsstrategien fehlt, um DoppeldiagnoseklientInnen adäquat behandeln zu können. Dies führte seit den 1990er Jahren dazu, dass spezielle ambulante und stationäre Therapieangebote für diese KlientInnen versuchen, die unterschiedlichen Behandlungsangebote zu einem neuen Interventionskonzept zu integrieren (Sadowski/ Niestrat 2010, 16). Auf mögliche Behandlungskonzepte für DoppeldiagnoseklientInnen werde ich im nachfolgendem Kapitel eingehen.

6.4 Behandlungsansätze für DoppeldiagnoseklientInnen

Bevor eine Behandlung der Doppeldiagnose beginnen kann, ist es wichtig, eine umfassende Diagnostik zu erstellen. Im Bereich der Doppeldiagnose gibt es verschiedene Verfahren der Diagnostik, welche ich im Folgenden erläutern werde. Im Anschluss kann dann auf mögliche Behandlungsansätze eingegangen werden.

6.4.1 Diagnoseverfahren

Der European Adicction Severity Index (kurz EuropASI) ist ein halbstrukturiertes Interview. Durch dieses soll ein umfassendes Profil der Doppeldiagnose erstellen werden und umfasst die Bereiche der medizinischen und beruflichen Probleme, welche durch den Konsum entstanden sind. Ebenso erfasst es die rechtlichen, familiären und sozialen Probleme, sowie die Probleme, welche durch die psychische Störung entstehen.

Jeder Abschnitt enthält Fragen zur Selbsteinschätzung und Abschnitte über den Schwere-

grad des jeweiligen Problems und welche medizinische oder psychologische Maßnahme bei welchen Problemen sinnvoll ist. Dieser zweite Teil wird vom Interviewer beurteilt. Dieses Diagnostikkonzept ist international verbreitet und dient auch dazu, Veränderungen im Therapieprozess zu überprüfen (Moggi/ Donati 2004, 18).

Das „Diagnostische Interview bei psychischen Störungen“ (kurz DIPS) ist ein strukturiertes Interview, welches an das DSM-IV und das ICD-10 angelehnt ist und wichtige Informationen für die Planung der Therapie herauskristallisiert. Dieses Interview ist besonders geeignet für KlientInnen mit schwierigem Behandlungsverlauf (ebd.).

Das „Strukturierte Klinische Interview für die DSM-IV Achse I und Achse II“ (kurz SKID-I und SKID-II) ist ein strukturiertes Interview. Das SKID-I erfasst die Probleme der Bereiche Sucht und psychische Störungen und das SKID-II erfasst eventuelle Symptome von Persönlichkeitsstörungen.

Das SKID ist besonders geeignet, um eine umfassende Erstdiagnostik einer eventuellen Doppeldiagnose zu erstellen, da auch eine Einstufung der Schwere der jeweiligen Krankheiten vorgenommen werden kann.

Des Weiteren werden Daten über den bisherigen Krankheitsverlauf, wie beispielsweise das Alter beim Erstkonsum und chronologische Phasen der Krankheitssymptome gesammelt. Durch dieses Interview kann auch eine Unterscheidung zwischen einer Doppeldiagnose und einer substanzinduzierten Störung getroffen werden (ebd.).

Das „Goal Attainment Scaling“ (kurz GAS) ist eine Skalierung zur Zielerreichung. Diese Skalierung wird individuell für die KlientInnen angefertigt und behandelt die Hauptprobleme und die erwünschten Ziele zur Veränderung.

Durch dieses Vorgehen soll gemeinsam mit den KlientInnen der aktuelle Krankheitsstand aufgezeigt werden und ausgehandelt werden, was in der Therapie erreicht werden soll.

Es strukturiert und ordnet die Problemfülle, welche häufig überfordernd für die KlientInnen ist und wirkt so therapie-motivierend.

Hinzu kommt, dass durch die Skalierung zu jeder Zeit der Therapieverlauf bzw. die Veränderungen überprüft werden können.

Um die KlientInnen hierbei nicht zu überfordern, ist es ratsam, drei Hauptprobleme herauszufiltern.

Die Skalierung erfolgt durch eine Achsendarstellung auf der bei dem Punkt 0 die momen-

tane Situation aufgeführt wird und beim Punkt +4 das Wunschziel. Beim Punkt -2 wird darüber nachgedacht, welche Verschlechterung eintreten könnte. In regelmäßigen Abständen soll der/die KlientIn die erreichten Veränderungen einschätzen (ebd., 18f.).

6.4.2 Behandlungsansätze

Wie schon im Kapitel der „konträren Behandlungsansätze“ beschrieben, ist es für die Fallkonzeption der Behandlung von DoppeldiagnoseklientInnen wichtig, dass die Behandelnden ein Wissen über die Vielzahl der Störungsbilder und ihrer Kombinationen mitbringen. Wenn man beispielsweise die Komorbidität zwischen Depressionen und Substanzabhängigkeit betrachtet, wird deutlich, dass bei einer Mehrzahl der KlientInnen mit einer Suchtstörung depressive Symptome auffällig sind. Andererseits weisen ein Drittel bis ein Viertel aller unter Depressionen leidenden Personen Suchtverhalten auf.

Diese Symptome stehen also in einer Wechselbeziehung zueinander. Sie können also bei beiden Störungsbildern auftreten, können aber auch durch ein Störungsbild bedingt sein. In diesem Fall zählen zu diesen Symptomen beispielsweise Schlafstörungen, sozialer Rückzug, oder die sogenannte negative kognitive Triade²⁰.

Hier ist zum einen die Differentialdiagnose wichtig, andererseits ist es auch wichtig, diese Ähnlichkeiten unterschiedlicher Störungsbilder zu kennen und individuell bei jeder Person zu sehen. Für DoppeldiagnoseklientInnen ist eine individuell zugeschnittene Therapiekonzeption also von höchster Wichtigkeit, um die bestmöglichen Erfolge erzielen zu können.

Diese spezielle Therapiekonzeption ist ebenso wichtig, wie die möglichst genaue Umschreibung der Interaktion der Störungen der Betroffenen und ein Therapieplan. In diesem sollen sowohl kurzfristig, als auch langfristig anzustrebende Therapieziele und Veränderungen festgehalten werden (Moggi/ Donati 2004, 35).

Diese Konzeption muss als kontinuierlicher Prozess gesehen werden, der immer wieder überprüft und angepasst werden muss.

In den Anfangssitzungen wird der deskriptive²¹ Teil im Mittelpunkt stehen. Der interpretative Teil wird primär während den ersten beiden Behandlungsphasen erarbeitet und beinhaltet schwerpunktmäßig Klärungsprozesse und Veränderungsmotivationen. Für die Fallkon-

²⁰ Das Selbstbild, Erfahrungen und die Zukunft negativ betrachten, ohne etwas positives finden zu können.

²¹ Deskriptiv: Beschreibend (Dudenredaktion 2013, o.S.)

zeption können verschiedene Konzepte und Methoden angewandt werden (ebd. 36).

In Deutschland setzen sich Einrichtungen seit den letzten Jahren vermehrt mit einem integrierten Behandlungskonzept bzw. Behandlungsansätzen speziell für DoppeldiagnoseklientInnen auseinander, da das Bewusstsein für die Notwendigkeit der momentan nicht ausreichende Behandlungslage vorhanden ist (u.a. Loeber 2011, 379).

Was bei diesen integrativen Behandlungsansätzen, auf die ich später noch ausführlicher eingehen werde, anzumerken ist, sind die mangelnden empirischen Befunde über die Wirksamkeit dieser Konzepte bzw. Ansätze. Behandlungsansätze welche angewendet werden, basieren größtenteils auf Empfehlungen und positiven Erfahrungen, welche bei der Behandlung von DoppeldiagnoseklientInnen in der Praxis gemacht wurden (Moggi 2007, 186).

In den 90er Jahren bauten viele Behandlungsansätze darauf auf, die KlientInnen intensiv zu betreuen und mit ihnen mehrere Therapiesitzungen pro Tag zu absolvieren. Da DoppeldiagnoseklientInnen dem Druck und der Intensität dieses Behandlungsansatzes aber meist nicht gewachsen waren und sich schnell überfordert fühlten, mussten diese Ansätze weiter entwickelt werden (Schnell/ Gouzoulis-Mayfrank 2011, 386 f.).

Wichtig für einen integrativen Behandlungsansatz ist die Zusammenarbeit unterschiedlicher professioneller MitarbeiterInnen aus unterschiedlichen Bereichen, also ein Therapeutenteam aus SuchttherapeutInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen/ -pädagogInnen.

Diese können gemeinsam das Wissen und die Erfahrungen ihrer Bereiche zusammenbringen und aufeinander abstimmen (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 30 f.).

Wie oben schon beschrieben, ist die Doppeldiagnose ein sehr heterogenes Krankheitsbild, auf das sehr individuell eingegangen werden muss und nur durch eine genaue Fallkonzeption nachhaltig therapiert werden kann.

Eine genaue Fallkonzeption kann dazu beitragen, ein individuelles Verständnis über die Dynamik beider Störungen zu gewinnen. Diese dient auch dazu, passende und spezielle Interventionsangebote für die KlientInnen zu finden. Sie sollte Informationen über die aktuelle Lebenssituation, die Biografie und Familiensituation erfassen. Zusätzlich sollten Ressourcen, Probleme, Motivationen und Wünsche der KlientInnen erfasst werden (Moggi/ Donati 2004, 35 f.).

Hier müssen beide Hilfesysteme bereit sein, von ihren grundsätzlichen Haltungen und Konzepten abzuweichen und einen Mittelweg zu finden. Beispielsweise kann die strikte Abstinenzernwartung der Suchthilfe bei DoppeldiagnoseklientInnen nicht in dem Maße um-

gesetzt werden, wie es in den meisten Suchttherapieeinrichtungen umgesetzt wird. Bei DoppeldiagnoseklientInnen würde dies zu einer extremen Überforderung führen, welche zu vermehrten Suchtrückfällen und einer Verschlimmerung der psychischen Symptome führen könnte. Die Abstinenzorientierung ist zwar ein wichtiger Bestandteil bei der integrativen Therapie, diese sollte allerdings durch Motivation erreicht werden und Rückfälle müssen behandelt und in die Therapie mit eingebaut werden.

Um diese Motivation zu erreichen, bieten sich beispielsweise Konzepte, wie die motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick an. Bei diesem Konzept werden mit den KlientInnen die persönlichen Motivationsprobleme erarbeitet und versucht herauszufinden, welche Ambivalenzen aufgehoben werden müssen, um das Verhalten verändern zu können (Gouzoulis- Mayfrank 2007, 44ff.)²².

Ursprünglich wurde die motivierende Gesprächsführung für die Suchthilfe konzipiert und muss demnach in diesem Zusammenhang auf die psychischen Erkrankungen dieser KlientInnen ausgebaut werden.

Auch der Umgang mit der Medikation von KlientInnen ist wichtig, da diese für die Behandlung der psychischen Symptome wichtig sind und bei richtiger Behandlung auch Substanzrückfälle vermeiden können (u.a. D'Amelio 2007, 83).

Auch das soziale Umfeld darf bei einer integrativen Therapie nicht außer Acht gelassen werden. Ein gutes und gefestigtes Umfeld der KlientInnen kann einen positiven Einfluss auf die Person und den Verlauf der Erkrankungen haben. Daher sollten Familieninterventionen in die Therapie mit eingebaut werden, in denen die Angehörigen ein Verständnis über die Störungsbilder der Krankheiten und ihrer Symptome erlangen. Ebenso können hier Lösungsstrategien für Probleme im Familiensystem entwickelt werden (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 56 f.).

Auch Elemente aus der kognitiven Verhaltenstherapie können für DoppeldiagnoseklientInnen hilfreich sein. Die Trainingseinheiten hierbei unterstützen die kognitiven Prozesse der KlientInnen, wie beispielsweise die Merkfähigkeit oder die Steigerung der Aufmerksamkeit. Auch Ansätze aus der Verhaltenstherapie, welche häufig in der Suchttherapie verwendet werden, können in der Komorbiditätstherapie eingesetzt werden. Hierbei lernen die KlientInnen Situationen oder Verhaltensweisen zu erkennen, welche das Verlangen des Konsums verstärken oder auslösen und lernen so, besser damit umgehen zu können.

Bei DoppeldiagnoseklientInnen ist hierbei zu beachten, dass diese Vermittlung praktische

²² Für eine ausführliche Beschreibung des Konzeptes sei an dieser Stelle auf Miller und Rollnick (2004) zu verwiesen

Übungen beinhalten muss. Da durch die psychische Erkrankung diese sonst eventuell nicht ausreichend nachvollziehbar sind und die KlientInnen überfordert werden könnten.

Es wurden mittlerweile psychoedukative Konzepte für die ambulante und stationäre Therapie entwickelt. Dies sind Konzepte, welche komplizierte medizinische und wissenschaftliche Fakten so erklären, dass sie von KlientInnen und deren Angehörigen verstanden werden und nachvollziehbar sind.

Hierbei geht es also um die Vermittlung des Wissens über die Krankheiten, ihre Ursachen, Symptome, Folgeschäden und die Behandlung beider Krankheitsbilder. Zusätzlich soll den KlientInnen ein Wissen über die Zusammenhänge beider Störungen vermittelt werden. Dies geschieht meist in Kleingruppensitzungen, bei denen auf eine frontale Vermittlung verzichtet wird, da dies eine zu hohe Belastung für die KlientInnen darstellen würde.

In einer Studie wurde nachgewiesen, dass DoppeldiagnoseklientInnen, welche in Behandlungsmaßnahmen mit einer Dauer von mehreren Monaten oder Jahren begleitet wurden, positivere Behandlungsziele aufweisen (Drake/ Mueser 2007, 208). Das bedeutet für die integrative Therapie, dass sie langfristig angelegt sein muss.

Dennoch darf hier nicht außer Acht gelassen werden, dass es erforderlich sein kann, DoppeldiagnoseklientInnen kurzfristig in einer speziellen Suchttherapie oder psychiatrischen Therapie aufzunehmen. Beispielsweise um eine Krisenintervention vorzunehmen, einen Entzug vorzubereiten, eine Diagnostik zu erstellen oder eine vorübergehende Psychopharmakaindikation gegen starke Symptome zu veranlassen (Moggi 2007, 186).

6.4.3 Exemplarisches Beispiel

Nachdem ich zuvor auf mögliche Behandlungsansätze eingegangen bin, werde ich nun exemplarisch auf ein bestehendes Behandlungskonzept aus Hamburg eingehen.

Das Therapiezentrum Psychose und Sucht Hamburg der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll existiert seit dem Jahr 1991 und war die erste Therapieeinrichtung für DoppeldiagnoseklientInnen in Deutschland.

Die Einrichtung deckt das gesamte Spektrum zwischen Suchterkrankungen mit begleitenden Persönlichkeitsstörungen bis hin zu schweren Psychosen mit regelmäßigem Drogenkonsum ab und bietet Platz für 25 KlientInnen innerhalb von drei Therapiegruppen.

Kostenträger sind die Deutschen Rentenversicherungen und die Krankenkassen. Die Therapiezeit beträgt in der Regel zwölf Monate.

Die Einrichtung hat sich zur Aufgabe gemacht, ein spezialisiertes Konzept zu entwickeln, welches beiden Störungsbildern gerecht wird, indem das therapeutische Vorgehen besonders in den Vordergrund gestellt wird (Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll Hamburg 2012, 5).

Die Behandlungsansätze müssen der psychotischen Grunderkrankung zu gute kommen, dürfen dabei die Auswirkungen der Suchtmittelabhängigkeit aber nicht außer Acht lassen. Daraus ergibt sich für die Behandelnden ein ständiges Abwägen zwischen konfrontierender und fordernden Haltung, als auch einer schützenden und beruhigenden Haltung (ebd., 5f.).

Die Therapie soll sowohl der medizinischen Rehabilitation, als auch der erneuten Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft dienen. Wichtig hierfür ist eine individuelle Therapieplanung, an der die PatientInnen aktiv beteiligt werden (ebd., 10).

Als wichtiger Faktor für die Aufnahme gilt hier eine differenzierte Diagnose. Zu Anfang erfolgt eine umfassende medizinische, psychologische- psychotherapeutische und arbeits-therapeutische Diagnostik der KlientInnen. Die Diagnostik baut auf standardisierte medizinische und psychologische Testverfahren auf und beinhaltet eine umfassende Erhebung des bisherigen Krankheitsverlaufs. Zusätzlich werden Testverfahren zur Erhebung der Differenzialdiagnostik eingesetzt. Basierend auf dieser Diagnostik kann die Erstellung eines individuellen Therapieplanes erfolgen (ebd.; 11).

Grundlage des Rehabilitationsansatzes ist ein multifaktorielles²³ Krankheitsmodell, welches aktuelle medizinische und psychologische Forschungsergebnisse mit einbezieht. Die Therapie stützt sich auf einem methodenintegrativen- psychodynamisch²⁴ -kognitivverhaltenstherapeutischen Behandlungsansatz. Wichtig sind hierbei wöchentliche Einzelsitzungen und störungsspezifische psychoedukative (für die KlientInnen verständliche) und psychotherapeutische Gruppenangebote, beispielsweise zu den Themen Psychose, Sucht oder soziale Kompetenz. Ebenso wichtig ist eine auf den Rehabilitationsprozess abgestimmte psychopharmakologische Behandlung. Hierbei wird auf Benzodiazepine aufgrund des Abhängigkeitspotentials verzichtet (ebd., 8).

Für eine gute Dokumentation und zum Verständnis von krankheitsauslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen nutzt die Einrichtung die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Dieses Modell geht davon aus, dass eine Beeinträchtigung der „funktionalen“ Gesundheit das Ergebnis einer negativen Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitspro-

²³ „durch viele Faktoren, Einflüsse bedingt“ (Dudenredaktion 2013, o.S.)

²⁴ Ableitungen oder Modifikationen der psychoanalytischen Theorie (u.a. Schmid-Ott 2008, 95)

blem (Syndrom), der Person und ihren Kontextfaktoren (Umwelt) ist. Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen, was gerade bei der Komorbidität eine wichtige Rolle spielt. In der Krankheitsentstehung komplexer komorbider Störungen kann jedes Gesundheitsproblem neue Probleme und Störungen hervorrufen bzw. auslösen.

Die Kontextfaktoren (Umwelt) können hierbei aufzeigen, welche Faktoren sich positiv ("Förderfaktoren") und welche Faktoren sich negativ ("Barrieren") auf die Gesundheit auswirken²⁵ (ebd., 9).

Neben der Verlaufsdiagnostik des ICF sind regelmäßige Zwischenbilanzierungen des multiprofessionellen therapeutischen Teams und der KlientInnen wichtig, um Therapiefortschritte zu überprüfen und zu erfassen.

Durch die psychische Erkrankung ist eine völlige Wiederherstellung der Gesundheit häufig nicht vollkommen möglich, dennoch liegt die Aufgabe in diesen Fällen darin, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erreichen. Ebenso, wie das Fortschreiten des Krankheitsprozesses aufzuhalten und einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Berufs- und Gesellschaftsleben vorzubeugen.

Das Ziel der Behandlung ist es, die KlientInnen dort hingehend zu befähigen, ein möglichst selbstverantwortlich gestaltetes Leben führen zu können. Wichtig hierfür ist auch eine möglichst langfristige ambulante Nachsorge (ebd.).

Eine Substitutionsbehandlung²⁶ im Haus wird ausgeschlossen. Aufgenommen werden zusätzlich nur volljährige KlientInnen. Die KlientInnen müssen freiwillig aufgenommen werden und die Therapieregeln und die Hausordnung akzeptieren (ebd., 12).

Die Hausordnung soll den KlientInnen Stabilität ermöglichen und Rahmenbedingungen für ein gutes Zusammenleben ermöglichen. Alle aufgelisteten Punkte in dieser Verordnung sind aus therapeutischer Sicht sinnvoll und notwendig.

In dieser ist beispielsweise festgehalten, dass sämtliche Handlungen, Äußerungen und Verwendungen von Symbolen verboten sind, welche andere in rassistischer oder sexistischer Form herabsetzen. Es wird vorausgesetzt, dass Konflikte nur konstruktiv gelöst werden. Des Weiteren werden in ihr alle Bedingungen und Aufgaben der Therapie, welche im Folgenden aufgezeigt werden, noch einmal aufgelistet.

Zusätzlich sind in dieser Regelungen der Türen (dürfen nur von Mitarbeitern oder KlientInnen mit Schlüssel geöffnet werden), Regelungen der Post (wird von den MitarbeiterInnen

²⁵ Eine umfassende Beschreibung dieses Modells kann unter: „<http://bit.ly/1zDU6Uq>“ eingesehen werden

²⁶ Behandlung mit einem Ersatzstoff für die konsumierte Substanz

ausgehändigt und in deren Beisein geöffnet) und Regeln zur Aufnahmekontrolle (körperliche Untersuchung und Gepäckuntersuchung nach Suchtmitteln, Waffen und Medikamenten) festgehalten. Des weiteren gibt es Regeln zum Schlüsselerwerb, zur Zimmergestaltung, Zimmerreinigung, Taschengeld, Medikamenteneinnahme, Rauchen, Mediennutzung und Ruhezeiten²⁷ (ebd., 26f.).

Der Zugang erfolgt, wie bei allen stationären Einrichtung durch einen Antrag auf Rehabilitation bei der Krankenkasse oder Rentenversicherung.

Um ein Vorstellungsgespräch in der Einrichtung zu erhalten, muss der/die KlientIn an einer alle zwei Wochen stattfindenden Informationsveranstaltung teilnehmen. In dieser findet eine ausführliche Einführung in den Rehabilitationsprozess statt. Die Anwärter können mit den Mitarbeitern unverbindlich in Interaktion treten und beispielsweise über Abläufe oder Ängste sprechen.

Für die Bewerbung ist ein aktueller, ausführlicher psychiatrischer Arztbrief und ein Sozialbericht notwendig. In einem anschließenden Vorstellungsgespräch werden unter anderem die Therapiemotivation, die Fähigkeit zur Rehabilitation, die Ziele und die Rehabilitationsprognose überprüft. Die Entscheidung für oder gegen die Aufnahme wird den KlientInnen schnellstmöglich schriftlich mitgeteilt. Wenn die Behandlung aus bestimmten Gründen nicht möglich ist, kann der/die KlientIn eine Beratung bzgl. Behandlungsalternativen in Anspruch nehmen. Wenn eine körperliche Abhängigkeit von einem Suchtmittel vorliegt, muss vor der Aufnahme eine Entgiftung durchgeführt werden.

Wenn ein/e KlientIn auf die Warteliste gesetzt wird, wird von dieser Person ab diesem Zeitpunkt eine aktive Teilnahme erwartet.

Bei KlientInnen aus der Hamburger Umgebung wird die regelmäßige Teilnahme an der zweiwöchig stattfindenden Vorbereitungsgruppe verlangt. KlientInnen, welche zu weit entfernt leben, verpflichten sich, während dieser Zeit Tagesprotokolle zu schreiben, welche wöchentlich an die Aufnahmeleitung übermittelt werden müssen. Dieses Vorgehen soll der Auseinandersetzung mit der eigenen psychischen Befindlichkeit dienen. Ebenso dient es der Auseinandersetzung mit Symptomen, dem Suchtverlangen und dessen auslösenden Faktoren.

Nach der Entgiftung beziehen die KlientInnen umgehend die Einrichtung (ebd., 13f.).

Die Betreuung erfolgt durch ein Bezugstherapeutensystem. Den KlientInnen wird von Anfang an ein/e BezugstherapeutIn für den gesamten Therapieverlauf und die Rehabilitationsplanung zur Seite gestellt.

²⁷ Für eine ausführliche Auflistung sei hier auf das *Therapiekonzept* verwiesen.

Das therapeutische Angebot findet 24 Stunden täglich, sieben Tage die Woche statt, damit zu jeder Zeit Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Die Kernzeit der Behandlung liegt werktags zwischen 8:00 und 17:00 Uhr. Nach der Eingangsdiagnostik wird ein individueller Therapieplan erstellt (ebd., 16).

Während der ersten 24 Tage nach der Aufnahme besteht eine Ausgangs- und Kontaktsperre. Diese soll einen Schnitt zum bisherigen Leben machen und den Fokus auf die Therapie legen.

Die KlientInnen sollen durch diese Abnabelung zu einer realistischen Einschätzung ihrer Fähigkeiten und Probleme kommen. Sie sollen herausfinden, welche ihrer Lebens- und Verhaltensweisen zu psychotischen Krisen und zum Suchtverhalten führen, damit entsprechende Gegenstrategien entwickelt werden können. Hierbei geht es auch darum, die KlientInnen zu unterstützen, eine gute Selbstwahrnehmung zu entwickeln, um persönliche Frühwarnsignale wahrnehmen zu können und auf diese zu reagieren. Die bisher zur Konfliktbewältigung und Symptomminderung genutzten Suchtmittel sollen durch stabile Beziehungen zu TherapeutInnen und anderen KlientInnen ersetzt werden. Durch dieses Vorgehen soll das Selbstbild, bezogen auf das Selbstwertgefühl, die Konfliktfähigkeit und die Frustrationstoleranz gestärkt werden (ebd., 20).

Die KlientInnen wohnen in Einzelzimmern mit eigenem Sanitärbereich.

Verteilt auf die Woche gibt es unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte. In der Kernzeit liegt der Fokus auf den ärztlichen, psycho-, sozio-, arbeits- und ergotherapeutischen Angeboten und den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Zu den psychotherapeutischen Angeboten zählen unter anderem Einzel- und Gruppengespräche mit ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen, welche tiefenpsychologisch orientiert sind und Angstbewältigungsgruppen, welche verhaltenstherapeutisch orientiert sind. Des Weiteren wird regelmäßig eine Suchtgruppe, Musiktherapie und Bewegungstherapie angeboten (ebd., 11).

Zu den soziotherapeutischen Angeboten zählen beispielsweise Entspannungstraining, sozialpädagogische Betreuung, Hilfe und Übungen zur Alltagsbewältigung, sowie das Erlernen des Lebens in einer Wohngruppe, welches die Übernahme von Aufgaben und Pflichten beinhaltet. Ebenso erlernen die KlientInnen in diesem Kontext die Bewältigung von Konflikten, die selbstständige Haushaltsführung und soziale Kompetenzen.

Zu den weiteren soziotherapeutischen Angeboten zählen Wohngruppenbesprechungen, Akupunktur, Sportangebote, Ernährungslehre und die Unterstützung in Sozialrechtsfragen (ebd., 17).

Die Angebote der Ergo- und Arbeitstherapie umfassen die Erhebung der Berufsanamnese, die Klärung von beruflichen Neigungen und Eignungen, sowie Bewerbungstraining und die daraus resultierende Begleitung und Unterstützung für Berufspraktika. Des Weiteren gibt es Angebote für Konzentrationstraining, PC- Training, verschiedene handwerkliche Werkstätten (Holzwerkstatt, Textilwerkstatt, Musikwerkstatt) und interne Beschäftigungsangebote zur Erprobung (z.B. hausmeisterliche Tätigkeiten, Gartenpflege) (ebd., 18).

Durch einen strukturierten Tagesablauf und die Arbeits- und Ergotherapie soll die Leistungsfähigkeit und die Belastbarkeit der KlientInnen fortlaufend gesteigert werden.

Für die Wiedereingliederung in das soziale und berufliche Leben ist das Reduzieren der Beeinträchtigungen und der krankheitsbedingten Probleme ein wichtiger Aspekt. Um die Minussymptomatik der KlientInnen zu verbessern, sind ergo- und psychotherapeutische Maßnahmen, welche die Eigenaktivität fördern, ein wichtiger Therapiefaktor, welcher zum Erlernen von Bewältigungsstrategien beitragen soll.

Außerhalb dieser Zeit liegt der Schwerpunkt auf den freizeitpädagogischen Angeboten.

Die Freizeitgestaltung setzt sich beispielsweise aus sportlichen Unternehmungen, einem Musikraum, einem Fitnessraum, einer Kulturgruppe, einer Spielegruppe und der Anleitung für individuelle Unternehmungen zusammen (ebd., 19).

Zusätzlich gibt es regelmäßige Hausvollversammlungen. Für jede Therapiegruppe gibt es einen Wochenplan, an dem verbindlich teilgenommen werden muss und welcher die allgemeine Tagesstruktur vorgibt. Dennoch dient die individuelle Therapieplanung auch dazu, Überforderungen zu vermeiden und eine zeitweilige Befreiung von einzelnen Programmpunkten zu ermöglichen. Ebenso kann die Behandlung durch zusätzliche Angebote oder Anforderungen erweitert werden. Wenn es sinnvoll und möglich erscheint, ist die Einbeziehung der Familien ein wichtiger Aspekt in der Therapie (ebd., 16).

Gerade alltagspraktische Tätigkeiten sollen am Anfang überprüft und gegebenenfalls gefördert werden. Dies geschieht zum Teil auch durch die therapeutische Gemeinschaft, welche in Form von Wohngruppen eine angeleitete Selbstversorgung darstellt.

Während der Gruppentherapie erhalten die KlientInnen umfassende Informationen über die Erkrankungen, die Folgen und die erforderlichen aktuellen und langfristigen Behandlungsmaßnahmen. Die KlientInnen sollen ein Verständnis über die Entstehung, den Verlauf, die Behandlung, die Früherkennung und mögliche Bewältigungsstrategien bei erneutem Auftreten der Erkrankung erlangen. Hierbei spielt auch die Einbeziehung von Angehörigen eine große Rolle.

Nach den ersten sechs Monaten beginnt die Neuorientierungsphase, welche die Entwick-

lung neuer Lebenskonzepte nach der Therapie als primäres Ziel hat. In dieser Zeit sollen die KlientInnen Entscheidungen über die spätere Wohnsituation, berufliche Wiedereingliederung und Freizeitgestaltung treffen, damit in der verbleibenden Therapiezeit entsprechende Maßnahmen in diesen Richtungen getroffen werden können.

Die KlientInnen erhalten in dieser Phase zunehmend mehr Freiheiten, um mehr Selbstverantwortung zu erlernen. Hierdurch kann es auch zu Krisen und Rückfällen durch Überforderung kommen, welche aufgefangen werden müssen und den KlientInnen bei der späteren Bewältigung helfen sollen (ebd., 20).

Durch die Vernetzung von mehreren Einrichtungen und Stationen innerhalb des Trägers ist es bei Rückfällen und akuten psychotischen Krisen, welche nicht im Therapiezentrum aufgefangen werden können (beispielsweise bei starker Suizidalität) möglich, eine Verlegung in die psychiatrische Abteilung des Asklepios Klinikums Nord zur Krisenintervention vorzunehmen, bis die Behandlung wieder möglich ist.

Durch regelmäßige Drogenscreenings, Alkoholkontrollen und bei Verdachtsfällen auch Zimmerkontrollen können Rückfälle festgestellt werden. Diese werden dann in Einzel- und Gruppengesprächen bearbeitet. Wenn sich die KlientInnen hartnäckig dieser Aufarbeitung entziehen, führt dies allerdings zur Entlassung, da die grundsätzliche Bereitschaft zur Abstinenz die Basis für die therapeutische Arbeit ist. Den KlientInnen wird eingeräumt, den Therapieabbruch innerhalb von zwei Tagen zu revidieren und sich mit dem Rückfall auseinanderzusetzen (ebd., 21).

Die Einrichtung hat sich eine vielfältige medizinische und sozialtherapeutische Vernetzung im lokalen Umfeld aufgebaut (beispielsweise mit Vor- und Nachsorgeeinrichtungen, Kooperationen mit dem Arbeitsmarkt zur Arbeitserprobung). Dies ist für die optimierte Weiterbehandlung und -betreuung der KlientInnen ein wichtiger Aspekt und ist durch die Vernetzung mittlerweile auch über die Grenzen Hamburgs hinaus möglich.

Während der Therapie soll nach Möglichkeit eine gute Nachsorgesituation vorbereitet werden (ebd., 8).

Nach Möglichkeit (wenn die KlientInnen in der näheren Umgebung leben und freie Plätze zur Verfügung stehen) gibt es in der Einrichtung eine interne Nachsorgeleistung. Der Vorteil besteht hierbei darin, dass ein gewisses Maß an Vertrauen gegenüber der Einrichtung und den Mitarbeitern, so wie den teilnehmenden KlientInnen schon besteht. Diese Nachsorge beinhaltet halboffene verbindliche Gruppensitzungen, welche einmal wöchentlich für 90 Minuten stattfinden. Zeitgleich finden besonders anfänglich Einzelgespräche statt, in denen die aktuelle Lebenssituation und Risikofaktoren (die Nähe zum Rückfall, Auftreten

krankheitsbedingter psychischer Symptome) reflektiert werden. Die Anzahl dieser Einzelgespräche richtet sich nach den individuellen Bedürfnisse und der Risikoeinschätzung. Die Nachsorge soll den Übergang in ein eigenständiges Leben nach der stationären Rehabilitation erleichtern und einen Rückhalt bieten. Die aktuelle Situation nach der Entlassung und Entwicklungsschritte werden gemeinsam reflektiert und die KlientInnen werden dabei unterstützt. Die Nachsorge soll aber auch dazu dienen, die KlientInnen zu befähigen, konkrete Risikofaktoren, welche sich nach der Entlassung ergeben haben, angemessen wahrnehmen und reflektieren zu können und auf diese angemessen zu reagieren. Dies soll dazu führen, die Rückfallgefahren rechtzeitig zu ermitteln und frühzeitig entgegenwirken zu können, um die Entwicklung in anderen Lebensbereichen nicht zu gefährden (ebd., 28). Das fachübergreifende Behandlungsteam der Einrichtung besteht aus FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie, psychologischer PsychotherapeutInnen mit Approbation, Dipl. SozialpädagogInnen, staatlich anerkannten ErgotherapeutInnen, ÖkotrophologInnen, SporttherapeutInnen mit psychiatrischer Zusatzqualifikation, MusiktherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen, Hauswirtschaftskräften, Nachtwachen und Verwaltungskräften. Um eine bestmögliche Hilfe zu gewährleisten, finden tägliche Teambesprechungen der behandelnden MitarbeiterInnen statt. Darüber hinaus finden wöchentlich patientenbezogene Fallbesprechungen statt, bei denen die Rehabilitationsfähigkeit/ -ziele/ -pläne und -prognose überprüft und eventuell angepasst werden. Die MitarbeiterInnen werden regelmäßig in internen und externen Fort- und Weiterbildungen geschult, welche auf die spezifische Behandlung von Doppeldiagnosen ausgelegt sind. Des Weiteren wird großer Wert auf regelmäßige Austauschgespräche mit Fachkräften der Rehabilitation „Psychisch Kranker Hamburg“ statt. Monatlich finden interne Fortbildungsveranstaltungen zu aktuellen Themen mit internen und externen ReferentInnen statt und zusätzliche 14-tägige fallorientierte Supervisionen (ebd., 21f.).

7. Momentane Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland

Wie bereits in den vergangenen Kapiteln aufgezeigt, ist das Gebiet der Doppeldiagnosen gerade in Deutschland nur sporadisch empirisch untersucht. Die Prozentzahlen der Betroffenen schwanken in der Fachliteratur stark.

Ein weiteres Problem, welches sich daraus ergibt, sind die Behandlungsmöglichkeiten. Da die Behandlungsansätze häufig theoretisch und wenig erforscht sind, fehlt vielen Fachkräften in den spezifischen Einrichtungen für Sucht oder für psychische Krankheiten das nötige Wissen zur Erkennung von Doppeldiagnosen. Dennoch rückte das Bewusstsein für diese Problematik in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus. Es wurden immer mehr Fachabteilungen oder Einrichtungen aufgebaut, welche sich auf die Behandlung von DoppeldiagnoseklientInnen spezialisiert haben.

Studierende der Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule Nürnberg haben unter der Leitung von Prof. Gerlinde Schröder und Diplom-Sozialpädagogin Ulrike Schmidt die Broschüre „Doppeldiagnose: Zwischen Psychiatrie und Sucht - Wegweiser für Beratungsstellen“ entwickelt. Es wurden Daten des gesamten Bundeslandes gesammelt, wie viele Einrichtungen es in welchen Städten gibt, welche sich auf Doppeldiagnosen spezialisiert haben. Die Grundlage für diese Broschüre war das Problem, dass in Nürnberg, was man aber auf gesamt Deutschland übertragen kann, genau das Problem auftrat, dass auf die Schnelle keine Behandlungssettings für Doppeldiagnoseklienten zu finden waren. Das liegt vor allem daran, dass für viele Angebote im Bereich der Psychiatrie die Suchterkrankung von Anfang an ein Ausschlusskriterium und in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe wiederum das Ausschlusskriterium eine zusätzliche psychiatrische Diagnose ist. Die in das Projekt involvierten Fachpersonen stellen noch einmal in den Fokus, dass Suchterkrankungen häufig mehrdimensional sind und zusammen mit einer weiteren Diagnose aus dem psychiatrischen Bereich eine Mehrfachkompetenz des Helfers voraussetzt und eine noch engere Vernetzung der verschiedenen Hilfesysteme der Suchthilfe, der Medizin, der Sozialarbeit und der Psychiatrie stattfinden muss.

Während der Erarbeitung dieser Broschüre war besonders auffällig, wie wenig Informationen niedrigschwellige Angebote (wie beispielsweise Beratungsstellen) über die Symptomatik, aber besonders über mögliche Therapieangebote besitzen. Die Projektgruppe fand heraus, dass es in Deutschland um die 80 Einrichtungen gibt, welche sich auf Doppeldiagnosen spezialisieren (Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule Nürnberg/ Stadt Nürnberg (Hrsg.) 2002, o.S.).

8. Fazit

Wie deutlich aufgezeigt wurde, ist das Gebiet der Doppeldiagnose in mehrfacher Hinsicht ein sehr kompliziertes und zum Teil sehr undurchsichtiges Gebiet des sozialen und medizinischen Hilfesystems. Zum einen ist die Befundlage trotz der langjährigen Kenntnis immer noch sehr gering und zeigt zudem sehr unterschiedliche Ergebnisse auf. Zum anderen besteht es aus zwei unterschiedlichen Störungsbildern, welche einerseits viele gemeinsame Faktoren aufweisen, andererseits sehr gegensätzlich sind. Genauso wie die einzelnen Behandlungsansätze der Hilfesysteme, sowohl der Behandlung psychischer Krankheiten, als auch der Suchthilfe.

Ein weiteres Problem ist hierbei wohl auch, dass sich die beiden Hilfesysteme ihre eigenen, gut funktionierenden und verfestigten Behandlungsansätze aufgebaut haben und sich schwer damit tun, an diesen etwas zu verändern. Immer wieder ist dadurch das Problem der Selektion von KlientInnen zu beobachten. Viele Einrichtungen der Suchthilfe lehnen eine Aufnahme von KlientInnen mit einer zusätzlichen psychischen Krankheit ab, da diese nicht in das Behandlungskonzept passen, in Einrichtungen zur Behandlung von psychisch Kranken ist dies der umgekehrte Fall.

Andererseits werden in beiden Systemen Zweitkrankheiten häufig nicht ausreichend überprüft und zum Teil sogar ignoriert. Beispielsweise wird der Suchtmittelkonsum in der Behandlung von psychischen Störungen oft toleriert und häufig noch nicht einmal dokumentiert. Wenn dies der Fall ist, eventuell noch unter dem Aspekt, dass dies in mehreren Therapien praktiziert wurde, ist es schwierig eine eventuelle Abhängigkeit oder einen Missbrauch der KlientInnen zu erkennen. Da diese einen Konsum, gerade bei illegalen Suchtmitteln, häufig leugnen.

Ein weiteres Problem ist die Unterscheidung zwischen einer psychischen Störung, wenn diese nicht zu einem früheren Zeitpunkt diagnostiziert wurde und einer substanzinduzierten psychischen Störung.

Die anfängliche Frage, welche Veränderungen sich für diese KlientInnen im Hilfesystem in den letzten 20 Jahren ergeben haben, wurden in dieser Arbeit deutlich herausgearbeitet. Es gibt mittlerweile in ganz Deutschland spezielle Hilfsangebote für DoppeldiagnoseklientInnen. Dennoch ist der Zugang in mehrfacher Hinsicht schwierig. Wie eben schon angeführt, ist die Diagnostik teilweise sehr schwierig und oft wird sie auch nicht ausreichend durchgeführt. Wenn die KlientInnen sich mit bestimmten Symptomen oder Problemen (beispielsweise bezogen auf die psychische Krankheit) hilfesuchend an Ärzte oder Einrichtun-

gen wenden, werden häufig keine Überprüfungen bezüglich anderer Erkrankungen vorgenommen.

Diese Doppelsymptomatik wird häufig erst nach mehreren Therapieabbrüchen und gehäuften Problemen während der Therapien deutlich.

Dennoch steht immer noch die Frage im Raum, ob es überhaupt spezifische Angebote geben muss, oder ob der Aufschrei nach diesen eher ein Problem der modernen Gesellschaft, mit ihrer immer genaueren Differenzierung ist. Denn das Problem der Komorbidität besteht schon so lange, wie es psychische Erkrankungen und Suchtmittelabhängigkeit gibt. Dies würde auch durch die hohe Komorbidität bestimmter psychischer Krankheiten und Suchtmittelkonsum gestützt werden. Wenn die Komorbidität bei bestimmten PatientInnengruppen (beispielsweise KlientInnen mit einer Borderline- Persönlichkeitsstörung) prozentual stark ausgeprägt ist, ist der Suchtmittelkonsum dann nicht einfach ein Symptom der psychischen Krankheit?

Dieser Hypothese kann ich am Ende dieser Arbeit nicht zustimmen, obwohl sie dennoch einige für mich wichtige Aspekte mit einbringt.

Nur weil es bei einigen Krankheitsbildern eine sehr hohe Komorbidität mit Suchtmittelkonsum gibt, ist ebenso eine verhältnismäßig große Gruppe dieser psychisch Kranken ohne Suchtmittelproblematik sichtbar. Des weiteren kann sich der Konsum, auch wenn er vielleicht durch die psychische Krankheit verursacht oder bedingt wurde, zu einer eigenständigen Krankheit entwickeln, welche spezielle Interventionen erforderlich macht. Wenn man diese als „Begleitprodukt“ der psychischen Krankheit ansieht, würde man demnach davon ausgehen, dass die Substanzabhängigkeit von alleine verschwinden würde, wenn die psychische Krankheiten in speziellen Settings behandelt würde.

Überspitzt könnte man hier den Vergleich zu einer anderen Erkrankung ziehen. Beispielsweise würde kein Arzt bei einer Lungenentzündung nur den Husten behandeln und davon ausgehen, dass sämtliche Symptome der Lungenentzündung anschließend verschwinden würden.

Dennoch ist die nachgewiesene hohe Komorbidität zwischen Suchtmittelabhängigkeit und bestimmten psychischen Krankheiten auch ein Zeichen dafür, dass viele dieser KlientInnen in den vorherrschenden spezialisierten Hilfsangeboten auftauchen, ohne dass dies wirklich erkannt wird oder weil es in einigen Gebieten vielleicht keine anderen Therapiemöglichkeiten gibt. Dies wirft zum einen die Frage auf, ob die MitarbeiterInnen dieser Einrichtungen ausreichend geschult sind, sowohl bezogen auf die Erkennung dieser Doppelproblematik, als auch bezogen auf den Umgang mit diesen KlientInnen, wenn diese in

ihrer Einrichtung auftauchen. Zum anderen wirft es die Frage auf, ob es vielleicht noch wichtiger wäre, diese Hilfesysteme zu verändern, als spezialisierte Angebote zu erstellen. Hier muss für mich ganz klar differenziert werden. Zum einen würde ich definitiv der Annahme zustimmen, dass ein Wissen über die Komorbidität aber auch über psychische Krankheiten und die Suchtstörung in den verschiedenen Hilfesystemen ausgebaut werden muss. Die Hilfesysteme müssen sich der Komorbidität als Krankheit bewusst sein und sowohl Fachpersonal aus der Suchthilfe, als auch Fachkräfte der Hilfen für psychisch Kranke müssen sich ein höheres Wissen über die andere Störung aneignen. Beispielsweise schon aus dem Grund, dass viele Symptome der substanzinduzierten psychischen Störung denen bestimmter psychischer Störungen ähneln, beziehungsweise in der Akutsituation die gleichen sind und auf diese, in einer bestimmten adäquaten Behandlungsform eingegangen werden muss. Während des akuten Vorliegens dieser Störung kann die Suchtbehandlung nicht mit ihrem vorherrschend eher fordernden Ansatz auf die KlientInnen einwirken, da dies zur Überforderung und eventuellen Verschlimmerung der Symptomatik führen würde. Um diese überhaupt erkennen zu können, muss erst einmal ein ausreichendes Wissen über diese Krankheiten bestehen. Diese Wissensaneignung ist meiner Meinung nach notwendig, kann aus meiner Sicht aber die Errichtung, beziehungsweise den Ausbau spezifischer Doppeldiagnoseeinrichtungen nicht ersetzen.

Dies liegt zu einem Großteil daran, dass die einzelnen Hilfsangebote im Hilfesystem stark verankert und in ihren Methoden gefestigt sind. Andernfalls hätte es zur Folge, dass entweder die gesamten Strukturen, sowohl der Suchthilfe als auch des Behandlungssystems psychischer Krankheiten verändert werden müssten, was allein wirtschaftlich nicht möglich wäre. Zum anderen würde der Nichtausbau der spezifischen Einrichtungen sich negativ auf die Verlaufsprognosen und Erfolgsaussichten der KlientInnen auswirken, da diese nachweislich in anderen Behandlungsangeboten eher geringe Erfolgsaussichten aufzeigen. Dies würde meiner Auffassung nach auch nicht den Prinzipien der Sozialen Arbeit entsprechen. Da eine immer höhere Anforderung an Professionalität gestellt wird, müssen geeignete Settings für KlientInnengruppen geschaffen werden, welche in vorhandenen Hilfsangeboten nicht adäquat aufgefangen werden können.

Die sozialen Fachkräfte sollten sich also der Wichtigkeit über die Wissensaneignung bewusst sein. Ebenso sollten sie nach ethischen Kriterien die Anforderung an sich selbst stellen, den KlientInnen Rahmenbedingungen zu ermöglichen, welche zu der bestmöglichen Zukunftsprognose für diese führen.

Abkürzungsverzeichnis

bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DSM-IV	vierte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen)
ebd.	»ebenda« verweist auf die zuvor angegebene Quellenangabe
f.	und folgende Seite
ff.	und folgende Seiten
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10	10. Revision der International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation psychischer Störungen)
o.J.	ohne Jahresangabe
o.S.	Ohne Seitenangabe
o.V.	Ohne Verlagsangabe
TR	Textrevision
u.a.	und andere (in anderen Dokumenten auch: et al.)
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)
z.B.	zum Beispiel

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association** (Hrsg.) (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorder DSM-IV- TR (Textrevision) Washington D.C.: American Psychiatric Association
- Biermann, Hans** (Hrsg.) (2006): Faszination Seele – Zeitschrift für Patienten und Angehörige, Ausgabe III/, Biermann Verlag GmbH Köln
- Bundespsychotherapeutenkammer** und der Fachverband Sucht e.V., (2008): Psychotherapie und Suchtbehandlung Möglichkeiten der Kooperation. Gemeinsames Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkammer und des Fachverbandes Sucht e.V. Berlin/ Bonn: o.V.
- D´Amelio, Roberto/ Behrendt, Bernd/ Wobrock, Thomas** (2007): Psychoedukation Schizophrenie und Sucht. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. München: Urban und Fischer Verlag
- Dilling, Horst/ Mombour, Werner/ Schmidt Martin, u.a.** (2010): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD–10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. 7. überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (Hrsg.) (2014): Die Sucht und ihre Stoffe - Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe Nr.5: Alkohol, o.O.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (Hrsg.) (2014): Die Sucht und ihre Stoffe - Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Stoffe Nr.8: Amphetamine. o.O.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2010): Die Sucht und Ihre Stoffe - Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe Nr.6: Cannabis. o.O.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2014): Die Sucht und ihre Stoffe - Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe Nr.3: Kokain. o.O.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2014): Die Sucht und ihre Stoffe - Eine Informationsreihe über die gebräuchlichsten Suchtstoffe Nr.1: Benzodiazepine (Beruhigungs- und Schlafmittel). o.O.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2014): Die Sucht und ihre Stoffe - Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe Nr.4: Heroin. o.O.

Drake, Robert E./ **Mueser**, Kim T. (2007): Management von Patienten mit schweren psychischen Störungen und Substanzstörungen. In: Moggi, Franz (Hrsg.) (2007): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 197-220

Dudenredaktion /2013): Duden. Der kleine Duden. Fremdwörter. 7. aktualisierte und ergänzte Auflage. Berlin: Bibliographisches Institut

Freud, Sigmund (1923a): Das Ich und das Es. Gesammelte Werke XIII. Frankfurt: Fischer Verlag

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2015): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie – Richtlinie). Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss

- Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule Nürnberg/** Stadt Nürnberg - Referat für Jugend, Familie und Soziales (Hrsg.) (2002): Zwischen Psychiatrie und Sucht – Doppel-diagnose. Ein Wegweiser für Beratungsstellen zur Weitervermittlung und Information. Nürnberg: o.V.
- Gouzoulis-Mayfrank,** Euphrosyne (2007): Komorbidität Psychose und Sucht : von den Grundlagen zur Praxis; mit Manual für psychoedukatives Training. Darmstadt : Steinkopff
- Hambrecht,** Martin, Häfner, Heinz: Führen Alkohol- oder Drogenmissbrauch zu Schizophrenie?, In: u.a. Bauer, Michael/ Maier, Wolfgang/ Hacke, Werner (1996): Der Nervenarzt Heft:12 (1996). Berlin: Springer Medizin Verlag, 36-45
- Hilger,** Jörg (2009): Seiltanz zwischen den Hilfesystemen- Integrative Behandlungsansätze bei Doppeldiagnosen. In: Sprick, Ulrich/ Trenckmann, Ulrich (Hrsg.): Leidenschaft, die Leiden schafft. Sucht und ihre Komorbidität. Bönen: Verlag Kettler. 6-26
- Huber,** Gerd (2005): Psychiatrie- Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag
- Hummel,** Andreas (2004): Arzneimittellehre- Grundlagen und wichtige Arzneimittelgruppen. Hannover: Vincentz Network
- Jaeggi,** Eva/ Riegels, Volker (2008): Techniken und Theorien der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Stuttgart: Klett- Cotta
- Kienast,** Thorsten/ Stoffers, Jutta/ BERPohl, Felix/ Lieb, Klaus (2014): Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbide Abhängigkeitserkrankungen: Epidemiologie und Therapie - Borderline personality disorder and comorbid addiction. In: Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrg.): Deutsches Ärzteblatt- Heft 16 (2014). Köln: Deutscher Ärzteverlag, 36-55

- Krausz**, Michael/ Schäfer, Ingo/ Lucht, Michael (2005): Suchterkrankungen. In: Egle, Ulrich T./ Hoffmann, Sven O./ Joraschky, Peter (2005): Sexueller Missbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 483 –498
- Kruse**, Johannes/ Wöller, Wolfgang (2014): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden. Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag
- Loeber**, Sabine/ Dinter, Christina/ Mann, Karl (2011): Psychotherapie von Patienten mit Depressionen und Abhängigkeitserkrankung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2011): Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Journal of Addiction Research and Practice. Heft 5 (2011). Bern: Verlag Hans Huber, 373- 381
- Moggi**, Franz/ Donati, Ruth (2004): Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen: Hogrefe- Verlag GmbH & Co. KG
- Moggi**, Franz (2007): Integrative Psychotherapie bei komorbiden Angst- und Substanzstörungen sowie Depression und Substanzstörungen. In: Moggi, Franz (Hrsg.) (2007): Doppel-diagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 179-196
- Niestrat**, Frieder (2010): Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Von Systemen, die sprengen, zu Menschen, die leiden, kämpfen und vorankommen; In: Sadowski, Harald/ Niestrat, Frieder (2010): Psychose und Sucht- Behandlung und Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH, 46-61
- Pauls**, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Rogers**, Carl (1983a): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. In: Eckert, Jochen/ Reimer/ Christian/ Hautzinger, Martin/ Wilke, Eberhard (Hrsg.) (2000): Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer

- Sadowski, Harald/ Niestrat, Frieder (2010):**Psychose und Sucht- Behandlung und Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH
- Schlüter- Dupont, Lothar (1990):** Alkoholismus-Therapie: Pathogenetische, psychodynamische, klinische und therapeutische Grundlagen. Stuttgart/New York: Schattauer
- u.a. Schmid- Ott, Gerhard/ Paar, Gerhard H./ Wiegand- Grefe, Silke (2008):** Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen Behandlungsangebote Qualitätsmanagement. Stuttgart: Schattauer GmbH
- Schnell, Thomas/ Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (2011):** Psychotherapie bei Patienten mit Psychose und Sucht – Behandlungsoptionen und ihre Grenzen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2011): Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Journal of Addiction Research and Practice. Heft 5 (2011). Bern: Verlag Hans Huber, 383-392
- Schwoon, Dirk R./ Krausz, Michael (1992):** Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze. Freiburg: Lambertus
- Seydel, Ute (2009):** Komorbidität - Sucht und Psychose: Konsequenzen für die psychosoziale Arbeit. Hamburg: Diplomica Verlag
- u.a. Soyka, Michael/ Albus, Margot/ Kathmann Norbert/ Finelli, Antonio (1993):** Prevalence of alcohol and drug abuse. In: Gesamtverband Deutscher Nervenärzte (1993): European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. Berlin/ Heidelberg: Springer; 362-372
- Soyka, Michael (2010):** Drogennotfälle: Diagnostik, klinisches Erscheinungsbild, Therapie. Stuttgart: Schattauer GmbH
- Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll Hamburg (Hrsg.) (2012):** Therapiezentrum Psychose und Sucht Hamburg. Einrichtungskonzept. Hamburg: o.V.

- Teesson, Maree/ Degenhardt, Louisa/ Hall, Wayne (2008):** Suchtmittel und Abhängigkeit. Formen- Wirkung- Interventionen. Bern: Verlag Hans Huber
- von Schlippe, Arist/ Schweitzer, Jochen (2013):** Lehrbuch der systemischen Theorie und Beratung I: Das Grundlagenwissen. 2. Auflage. Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG
- von Schlippe, Arist/ Schweitzer, Jochen (2014):** Lehrbuch der systemischen Theorie und Beratung II: Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG
- Wills, Frank (2014):** Kognitive Therapie nach Aaron T. Beck: Therapeutische Skills Band 7. Paderborn: Junfermann Verlag
- World Health Organization (WHO) (1994),** Lexicon of alcohol and drug terms, WHO: Genf
- Znoj, Hansjörg (2008):** Regulation emotionaler Prozesse in Psychotherapie und Verhaltensmedizin. Bern: Peter Lang AG internationaler Verlag der Wissenschaft

Internetquellen

American Psychiatric Association (Hrsg.) (2003): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Revision. Textrevision deutsche Ausgabe. In: Walter, Oliver (2009): Zwangsstörung. Online unter: http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Psychische_Storungen/psychische_storungen.htm [Stand:29.12.2014]

Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (o.J.): Definition Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Online unter: <http://www.dft-online.de/index.php/die-dft/tiefenpsychologisch-fundierte-psychotherapie.html> [Stand: 11.01.2015]

Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2015): ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen. Online unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html> [Stand: 03.01.2015]

Pro Psychotherapie e.V (o.J.): Was ist Psychoanalyse? Vollständiger Artikel der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung. Online unter: <http://www.therapie.de/psyche/info/glossar/psychoanalyse/artikel-der-dpv> [Stand:10.01.2015]

Wiesbeck, Gerhard (2011): Der neue Suchtbegriff nach DSM-5. Bedeutung für die Praxis. Online unter: www.atf-schweiz.ch/file/download/26/Wiesbeck_DSM-5.pdf [Stand: 02.12.2014]

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Nadja Schulz, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind stets unter Angabe der Quelle als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift