



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung  
Diplomstudiengang Soziale Arbeit

# **PSYCHISCHE STÖRUNG UND ALKOHOLABHÄNGIGKEIT**

**Doppeldiagnosebetroffene innerhalb des Versorgungssystems und die  
Schwierigkeiten für die Soziale Arbeit aus Sicht des  
Sozialpsychiatrischen Dienstes**

## **D i p l o m a r b e i t**

zur

**Erlangung des akademischen Grades**

**Diplom Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin**

Vorgelegt von: Janine Auerswald

urn:nbn:de.gbv:519-thesis2008-0239-0

Betreuer: Prof. Dr. Peter Schwab  
Prof. Dr. Sigrid Haselmann

Tag der Einreichung: 20.11.2008

<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Krankheitsbilder .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Psychische Störungen.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Depression .....	5
1.1.1.1 Symptomatik.....	6
1.1.1.2 Diagnostische Kriterien .....	7
1.1.1.3 Folgen .....	9
1.1.1.4 Epidemiologie.....	10
1.1.2 Manie .....	10
1.1.2.1 Symptomatik.....	11
1.1.2.2 Diagnostische Kriterien .....	12
1.1.2.3 Folgen .....	13
1.1.2.4 Epidemiologie.....	14
1.1.3 Schizophrenien .....	15
1.1.3.1 Symptomatik.....	16
1.1.3.2 Diagnostische Kriterien .....	17
1.1.3.3 Folgen .....	20
1.1.3.4 Epidemiologie.....	21
<b>1.2 Alkoholabhängigkeit.....</b>	<b>22</b>
1.2.1 Symptomatik .....	24
1.2.2 Diagnostische Kriterien .....	25
1.2.3 Folgen .....	27
1.2.4 Epidemiologie.....	28
<b>2. Die Doppelte Diagnose .....</b>	<b>30</b>
<b>2.1 Besonderer Merkmale bei Menschen mit Doppelproblematik ...</b>	<b>33</b>
<b>2.2 Diagnostik.....</b>	<b>35</b>
<b>2.3 Erklärungsansätze .....</b>	<b>37</b>
2.3.1 Modelle gemeinsamer Faktoren.....	37
2.3.2 Modelle der sekundären Substanzabhängigkeit.....	38
2.3.3 Modelle der sekundären psychischen Störung.....	40

<b>2.4</b>	<b>Epidemiologie</b> .....	<b>40</b>
2.4.1	Affektive Störungen und Alkoholabhängigkeit .....	42
2.4.2	Schizophrenien und Alkoholabhängigkeit.....	43
<b>3.</b>	<b>Die Versorgung von Doppeldiagnosebetroffenen</b> .....	<b>45</b>
<b>3.1</b>	<b>Schwierigkeiten bei der Versorgung</b> .....	<b>45</b>
<b>3.2</b>	<b>Behandlungsmodelle für Doppeldiagnosen</b> .....	<b>46</b>
<b>3.3</b>	<b>Die integrative Behandlung</b> .....	<b>47</b>
<b>3.4</b>	<b>Der Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi)</b> .....	<b>49</b>
2.4.1	Schwierigkeiten für die Soziale Arbeit in diesem Arbeitsfeld .....	54
<b>4.</b>	<b>Auswertung der Thesen</b> .....	<b>56</b>
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>58</b>
<b>6.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>60</b>
<b>7.</b>	<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>63</b>

## 1. Einleitung

Der Studiengang Soziale Arbeit der Hochschule Neubrandenburg beinhaltet neben der Vermittlung von theoretischem Fachwissen auch zwei Praxissemester, die ich beim Sozialpsychiatrischen Dienst Nordvorpommern absolvierte. Die Hilfen dieses Arbeitsfeldes richten sich vornehmlich an psychisch Kranke und Menschen mit Alkoholabhängigkeit, so dass ich viele Eindrücke über diese Krankheitsbilder sammeln konnte. Bei Klienten mit Doppeldiagnose, die also sowohl eine psychische Störung als auch eine Alkoholabhängigkeit aufwiesen, fielen mir jedoch einige Besonderheiten auf. Diese besonderen Merkmale führen mich zu folgenden Thesen.

- I. Psychische Störungen und Alkoholabhängigkeit treten oft gemeinsam auf.
- II. Bei Doppeldiagnosebetroffenen ist die psychische Störung durch einen schweren Verlauf gekennzeichnet und wird häufig zu einem chronischen Leiden.
- III. Doppeldiagnosebetroffene können durch ambulante Einrichtungen ausreichend behandelt werden.
- IV. Der Wille des Betroffenen ist eine notwendige Bedingung für den Erfolg der Behandlung.
- V. Bei Menschen mit einer Doppeldiagnose erstreckt sich die Behandlung über einen langen Zeitraum.
- VI. Während der Behandlung kommt es häufig zu Trinkrückfällen, durch die auch die psychotischen Symptome wieder verstärkt werden.

Kapitel 1 dieser Arbeit befasst sich mit den Krankheitsbildern psychischer Störungen und der Alkoholabhängigkeit. Ich gebe einen Überblick über die jeweilige Symptomatik, die diagnostischen Kriterien, die Epidemiologie und die Folgen, die durch die Erkrankungen auftreten können.

Kapitel 2 beschäftigt sich mit der Thematik der Doppelten Diagnose. Anhand eines Fallbeispiels aus der Praxis wird das klinische Bild einer Klientin mit Doppeldiagnose dargestellt. Ferner wird eine kurze Übersicht über Besonderheiten von Doppeldiagnosebetroffenen, Diagnostik, Erklärungsansätze und epidemiologische Daten gegeben.

Kapitel 3 befasst sich mit den Schwierigkeiten der Versorgung bei der Versorgung von Menschen mit einer Doppeldiagnose und verschiedenen Behandlungsmodellen für Menschen mit einer Doppeldiagnose. Außerdem beschäftigt es sich mit der Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes und den Schwierigkeiten, die sich in diesem Arbeitsfeld für die Soziale Arbeit ergeben.

Im vierten Teil der Arbeit werde ich die vorangestellten Thesen auswerten.

Der fünfte Teil beinhaltet eine kurze Zusammenfassung der behandelten Thematik.

## 1. Krankheitsbilder

Im ersten Kapitel dieser Arbeit werde ich mich mit den verschiedenen Krankheitsbildern psychischer Störungen und der Alkoholabhängigkeit befassen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Darstellung des symptomatischen und klinischen Bildes, den diagnostischen Kriterien und dem Aufzeigen der Folgen, die durch die jeweilige Erkrankung hervorgerufen werden können.

### 1.1 Psychische Störungen

Psychische Störung ist der übergeordnete Begriff, unter dem alle Symptome eines gestörten Verhaltens- und Erlebensmusters eines Menschen, das in einem bestimmten Kontext von der sozialen „Norm“ abweicht, zusammengefasst werden. Nun bleibt zu klären, wann die Grenze von „normal“ zu „gestört“ überschritten wird. Damit die Störung im Erleben und Verhalten als pathologisch eingestuft werden kann, müssen neben der Devianz auch noch folgende andere Merkmale erfüllt sein. Die gestörten Erlebens- und Verhaltensmuster setzen die betroffene Person unter einen gewissen Leidensdruck, sind ihr also unangenehm oder belasten sie enorm. Weiterhin kommt es zu einer starken Beeinträchtigung in der Lebensführung, so dass Handlungen nicht mehr konstruktiv verrichtet werden können und es dadurch möglicherweise zu einer Gefährdung der eigenen oder anderer Personen kommt.<sup>1</sup>

In der Psychiatrie und medizinischen Psychologie werden alle Formen seelischer Störungen oder Beeinträchtigungen traditionell unter dem Begriff Psychose zusammengefasst.

„Allgemeinste psychiatrische Bezeichnung für viele Formen psychischen Andersseins und psychischer Krankheit, die teils durch erkennbare Organ- oder Gehirnkrankheiten hervorgerufen werden, oder deren organische Grundlagen hypothetisch sind. Im Allgemeinen eine vorübergehende psychische Krankheit oder ein stetig zum Schlechteren hin fortschreitender Krankheitsprozess.“<sup>2</sup>

Im Jahre 1883 entwickelte Emil Kraepelin ein System zur Unterscheidung verschiedener Psychosearten. Er unterteilte psychische Erkrankungen in exogene Psychosen, psychogene oder psychoreaktive Störungen, psychi-

---

<sup>1</sup> Comer, 2001, S. 3

<sup>2</sup> Peters, 1990, S. 424

sche Störungen bei angeborenen oder frühzeitig erworbenen Persönlichkeitsvarianten und Persönlichkeitsdefekten (z.B. Intelligenzminderungen) und in endogene Psychosen.<sup>3</sup>

Bei den exogenen Psychosen ist die psychische Störung nur die Begleitscheinung einer körperlich begründbaren Erkrankung. Sie wird entweder durch eine direkte Schädigung des Gehirns beispielsweise eine Entzündung, einen Tumor oder eine Verletzung des Hirns hervorgerufen, oder ist auf eine indirekte Schädigung des Gehirns, z.B. ausgelöst durch Stoffwechsel- oder Infektionskrankheiten aber auch durch Intoxikationen, zurückzuführen. Exogene Psychosen unterteilt man weiterhin in akut exogene Psychosen, welche nur über einen kurzen Zeitraum hin auftreten und vollständig wieder abklingen (z.B. ein Fieberdelir oder eine Alkoholvergiftung) und in chronisch exogene Psychosen. Diese entstehen aufgrund einer einmaligen schweren Erkrankung des Gehirns, einer andauernden toxischen Einwirkung oder fortschreitender Hirnabbauprozesse und bilden sich nicht oder nur teilweise wieder zurück.<sup>4</sup>

Unter dem Begriff psychogene oder psychoreaktive Psychose werden alle Störungen zusammengefasst, die ihre Ursache in einer seelischen Fehlentwicklung haben oder die die Reaktion auf ein für den Betroffenen traumatisierendes lebensgeschichtliches Ereignis sind. Um eine Psychose als psychogen einzustufen muss einerseits eine organische Ursache für das Problem ausgeschlossen werden können, eine eindeutige Beziehung zu schicksalhaften Ereignissen in der Lebensgeschichte bestehen oder eine Störung in der Persönlichkeitsstruktur zugrunde liegen. Andererseits sollten aber auch keine Anhaltspunkte für eine endogene, also von innen kommende psychische Erkrankung vorliegen. Man muss in diesem Zusammenhang jedoch erwähnen, dass die Übergänge zwischen exogener, psychogener und endogener Psychose durchaus fließend sind und im Einzelfall betrachtet werden müssen. Es kann sein, dass einer der genannten Faktoren zwar im Vordergrund steht, die anderen aber mitursächlich an der Krankheitsentstehung beteiligt sind.<sup>5</sup> Für die Ausbildung einer endogenen Psychose sind die Gründe vorrangig genetisch determiniert und stehen in keinem Bezug zu einer organischen

---

<sup>3</sup> Haufe/Krause, 2008, S. 254

<sup>4</sup> Haufe/Krause, 2008, S. 262-265

<sup>5</sup> Haufe/Krause, 2008, S. 255f.

Erkrankung. Die endogenen Psychosen werden in zwei große Formenkreise unterteilt. Dem affektiven Formenkreis, mit den zugeordneten Störungsbildern Manie und Depression und dem schizophrenen Formenkreis. Liegt eine Kombination von Symptomen der affektiven und der schizophrenen Psychose vor, bezeichnet man diese als Mischpsychose oder schizoaffektive Psychose.<sup>6</sup>

Ferner unterteilt man die affektiven Psychosen noch in unipolare und bipolare Störungen. Bei der bipolaren Störung wechseln sich Phasen der Depression mit denen der Manie ab. Als unipolar wird die Störung bezeichnet, wenn die betroffene Person entweder nur unter den Symptomen einer Depression oder unter denen einer Manie leidet.<sup>7</sup>

Diese von Kraepelin erstellte Systematik fand auch Eingang in die beiden modernen, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der American Psychiatric Association (APA) entwickelten, international anerkannten Klassifikationssystemen ICD-10<sup>8</sup> und DSM-IV<sup>9</sup>. Diese Klassifikationssysteme wiederum werden ständig erneuert oder ergänzt, um sich den jeweils aktuellsten medizinischen Erkenntnissen und Ansichten anzupassen. So wurde beispielsweise der Ausdruck Psychose im Laufe der Zeit durch den Begriff Störung ersetzt. Auch nach der Einteilung der Krankheitsbilder in exogen, psychogen oder endogen wird hier bei der Klassifizierung nicht mehr unterschieden. Es sind nur noch untergeordnete Begriffe.<sup>10</sup>

Aufgrund der Vielfältigkeit und Komplexität psychischer Störungen werde ich mich im Anschluss auf die genauere Darstellung der Störungsbilder Depression, Manie und Schizophrenie beschränken.

### 1.1.1 Depression

Die Depression wird den affektiven Psychosen zugeordnet. Das Wort affektiv leitet sich vom Lateinischen „affectus“ ab und heißt wörtlich übersetzt „Ge-

---

<sup>6</sup> Haufe/Krause, 2008, S. 257-262

<sup>7</sup> Comer, 2001, S. 198f.

<sup>8</sup> Das Kürzel ICD-10 steht für die zehnte revidierte Auflage der „International Classification of Diseases.“ Es ist ein Klassifikationshandbuch, das sowohl medizinische als auch psychische Störungen umfasst.

<sup>9</sup> Das Kürzel DSM-IV steht für die vierte Ausgabe des „Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders.“ Es ist ein Diagnoseschlüssel für psychische Störungen.“

<sup>10</sup> Haufe/Krause, 2008, S. 256



mütsverfassung“. Die Bezeichnung Depression beruht auf dem Lateinischen Ausdruck „deprimere“ und bedeutet „herunterdrücken“ oder „unterdrücken“. Zusammengefasst versteht man unter Depression also eine „heruntergedrückte oder auch herabgestimmte seelische Gefühlslage“.<sup>11</sup>

Natürlich kennt jeder Mensch bedrückende Gefühle wie Niedergeschlagenheit oder Trauer. Diese ganz normalen Empfindungen sind die Reaktion auf negative oder belastende Erlebnisse im alltäglichen Leben, die relativ schnell wieder vergehen ohne dass nachhaltige Beeinträchtigungen zurückbleiben. Fälschlicherweise wird für die Beschreibung solcher normalen Stimmungstiefs im allgemeinen Wortgebrauch oftmals der Begriff Depression verwendet. Eine Depression im klinischen Sinne ist aber eine schwere psychische Störung, die erhebliche Auswirkungen und Einschränkungen für die betroffene Person mit sich bringt und meist über einen längeren Zeitraum anhält.<sup>12</sup>

#### **1.1.1.1 Symptomatik**

Kennzeichnend für eine Depression ist die quälende schwermütige und traurige Stimmungslage. Oftmals berichten Betroffene auch, dass sie nicht mehr in der Lage sind überhaupt etwas zu empfinden und freudige oder traurige Ereignisse keinerlei Emotionen mehr bei ihnen auslösen. Sie fühlen sich innerlich wie tot. Weiterhin äußert sich die depressive Störung im Verlust der Interessen bis hin zur völligen Gleichgültigkeit, Lust- und Energielosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit, geringes Selbstwertgefühl oder auch Minderwertigkeitsgefühle und Entscheidungsunfähigkeit. Der Antrieb ist zumeist gehemmt und verlangsamt oder die Betroffenen leiden unter einer inneren Unruhe, sind angespannt und fahrig. Ferner treten auch Störungen in der Konzentrations- und Gedächtnisfähigkeit auf. Das Denken ist verlangsamt und mühsam, so dass es schwer fällt kompliziertere Zusammenhänge zu erfassen. Die Erkrankten fühlen sich außerdem nicht mehr in der Lage alltägliche Situationen, z.B. den Einkauf im Supermarkt zu meistern. Sie verfallen oft in Grübeleien, bei denen die Gedanken immer und immer wieder um die gleichen Themen oder Probleme kreisen, ohne dass es zu einem Ergebnis kommt. Typischerweise geht eine Depression oft mit Schlafstörungen einher.

---

<sup>11</sup> Haufe/Krause, 2008, S. 260

<sup>12</sup> Comer, 2001, S. 174 f.

Die betroffenen Personen leiden unter Ein- und Durchschlafschwierigkeiten oder haben ein erhöhtes Schlafbedürfnis. Hinzu kommt meist der Verlust des Appetits gepaart mit einer Gewichtsreduktion. Eine Appetitssteigerung insbesondere der Heißhunger auf Süßigkeiten und die dadurch bedingte Gewichtszunahme ist eher selten. Im Zuge einer Depression kommt es häufig zu Beziehungsstörungen, da die Betroffenen unfähig sind sich im zwischenmenschlichen Bereich anderen gefühlsmäßig zuzuwenden. Erotik und Sexualität spielt in ihrem Leben deshalb so gut wie gar keine Rolle mehr.<sup>13</sup>

Es können ebenfalls Veränderungen in der Wahrnehmung auftreten, beispielsweise reagieren depressive Personen überempfindlich auf Geräusche und Licht oder das Geruchs- und Geschmacksempfinden ist anormal. Daneben ist oftmals auch das Zeitempfinden gestört. Die Betroffenen haben das Gefühl, dass sich die Zeit endlos dahinzieht. Im Zusammenhang mit einer Depression kommt es auch vermehrt zur Ausbildung von Angstzuständen (z.B. Zukunftsängste, hypochondrische Ängste) und Panikattacken, welche nicht selten wahnhaftige Züge annehmen. Trotz dieser massiven Beeinträchtigungen erkennt der depressive Mensch seine Krankheit aber nicht als solche, sondern sucht und findet die „Schuld“ für seinen Zustand bei sich selbst. Er hält sich selbst für wertlos und unbrauchbar und sieht sich als Belastung für Familie und Mitmenschen. Jeglicher Sinn und die Freude am Leben sind verloren gegangen, so dass Gedanken an den eigenen Tod bis hin zu genauen Selbsttötungsplänen keine Seltenheit darstellen und im schlimmsten Falle auch umgesetzt werden.<sup>14</sup>

### 1.1.1.2 Diagnostische Kriterien

Nachfolgend und auch im weiteren Verlauf werde ich mich bei der Darstellung der diagnostischen Kriterien auf die Leitlinien des DSM-IV beschränken.

Die Kriterien für eine Episode einer Major Depression lauten wie folgt:<sup>15</sup>

- I. Die betroffene Person leidet, nach eigenen Angaben oder nach Berichten anderer, an annähernd allen Tagen oder für die meiste Zeit des Tages an einer depressiven Verstimmung.

---

<sup>13</sup> Spitzer, 2008, S. 81

<sup>14</sup> Faust, 2000, S. 150-154

<sup>15</sup> Saß/Wittchen/Zaudig, 1996, S. 387f.

- II. Es kommt zum Verlust oder zu einer drastischen Verminderung des Interesses an Aktivitäten, wobei auch dies wieder für die meiste Zeit des Tages oder an fast allen Tagen von der Person selbst berichtet oder von anderen beobachtet werden muss.
- III. Typischerweise tritt ein gesteigerter oder verminderter Appetit während der depressiven Episode auf. Das führt wiederum zu einem deutlichen Gewichtsverlust oder einer beachtlichen Gewichtszunahme, für die andere Gründe bspw. eine Diät oder eine körperliche Erkrankung ausgeschlossen werden können.
- IV. Während des Krankheitszeitraums leidet der Betroffene unter einem gesteigerten Schlafbedürfnis oder an Schlaflosigkeit.
- V. Die Major Depression zeichnet sich durch eine anhaltende psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung aus, welche nicht nur durch den Betroffenen selbst, sondern auch durch andere wahrgenommen wird.
- VI. Kennzeichnend ist auch das dauerhafte Gefühl der Kraftlosigkeit und Müdigkeit.
- VII. Es treten vermehrt Minderwertigkeitsgefühle und Schuldgefühle auf, die nicht selten auch wahnhaften Charakter annehmen können.
- VIII. Denk- und Konzentrationsleistung, sowie die Entscheidungsfähigkeit sind dauerhaft vermindert.
- IX. Es kommt immer wieder zur gedanklichen Beschäftigung mit dem eigenen Tod bis hin zur genauen Planung des Suizids und dem tatsächlichen Suizidversuch.

Für die Diagnosestellung der Major Depression müssen mindestens fünf der beschriebenen Symptome innerhalb eines Zwei-Wochen-Zeitraums gleichzeitig auftreten und eine wesentliche Änderung in der vormaligen Leistungsfähigkeit der betroffenen Person darstellen, wobei eines von den Symptomen I oder II vorhanden sein muss und die Kriterien für eine manisch-depressive Episode nicht erfüllt werden. Ein wesentlicher Faktor ist ferner, dass die Symptome in einer klinisch bedeutsamen Weise erhebliche Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Umfeld oder anderen wichtigen Bereichen nach sich ziehen. Eine andere Erkrankung im medizinischen Sinne oder die Einnahme einer bewusstseinsverändernden Substanz dürfen nicht die Ursache für das Auftreten der Symptome sein. Desweiteren können die Symptome

nicht durch einfache Trauer z.B. dem Verlust eines nahestehenden Menschen begründet werden.<sup>16</sup>

### 1.1.1.3 Folgen

Die auftretenden körperlichen Beschwerden sind meist psychosomatischer Natur und können unter anderem auch die ersten wahrnehmbaren Anzeichen der Depression sein. Hauptsächlich sind dies Magen-Darm-Beschwerden wie Übelkeit, Brechreiz, Krämpfe, Verstopfungen und Durchfall, Kopfschmerzen oder Kopfdruck, Atembeschwerden (hier besonders ein gefühlter Druck auf der Brust), Schmerzen in der Herzgegend und Kreislaufstörungen, unspezifische Glieder- und Rückenschmerzen und Muskelverspannungen. Weiterhin klagen Betroffene häufig über Mundtrockenheit oder das Gefühl einen Kloß im Hals zu haben, sowie Hitzewallungen oder Kälteschauer und ein allgemeines Gefühl der Mattigkeit. Bedingt durch die verringerte Kontaktfähigkeit, der Antriebslosigkeit und Lustlosigkeit im Allgemeinen kommt es auf zwischenmenschlichem Gebiet dazu, dass bestehende Beziehungen einschlafen und auch neue Kontakte nicht mehr geknüpft werden können. Depressive Menschen ziehen sich einerseits aus ihrer Umwelt zurück, zum anderen neigt aber auch die Umwelt dazu den Kontakt zu vermeiden, besonders dann, wenn die Depression mit einer ständigen Klagerei oder „Gejammer“ einhergeht und angebotene Hilfe von dem Betroffenen nicht angenommen oder mitunter sogar feindselig darauf reagiert wird. Es kommt zur sozialen Isolation. Besonders schwer fällt es den erkrankten Personen, den beruflichen Anforderungen gerecht zu werden. Krankheitsbedingt kommt es zu einem gravierenden Leistungsabfall, so dass im schlimmsten Falle sogar die Entlassung droht.<sup>17</sup>

Da die betroffenen Personen unter einem sehr hohen Leidensdruck stehen, versuchen sie sich oft mit Alkohol oder anderen Substanzen zu betäuben. Die schwerwiegendste Folge, zu der es aufgrund einer Major Depression jedoch kommen kann, wäre der versuchte oder vollendete Suizid.<sup>18</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Personen in einem Teufelskreislauf stecken. Durch die Symptomatik der Krankheit kommt es zu vielen

<sup>16</sup> Saß/Wittchen/Zaudig, 1996, S. 387f.

<sup>17</sup> Faust, 2000, S. 155-157

<sup>18</sup> Saß/Wittchen/Zaudig, 1996, S. 383

Problemen, welche wiederum den Kranken in seiner Weltuntergangsstimmung bestätigen und sein seelisches Leid dadurch immer weiter vermehrt wird.

#### **1.1.1.4 Epidemiologie**

Laut WHO stellt die Depression in den westlichen Industrienationen die am häufigsten auftretende psychische Störung dar. In Deutschland erkranken etwa 17,1% der Allgemeinbevölkerung irgendwann in ihrem Leben einmal an einer Depression, wobei Frauen doppelt so oft davon betroffen sind wie Männer. Eine Ersterkrankung tritt typischerweise zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr auf, sie kann sich aber auch bereits im Jugendalter ebenso wie in höheren Lebensabschnitten manifestieren. Auch die soziale Schicht und die Lebenssituation spielen eine Rolle. Untersuchungen ergaben, dass die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken bei Menschen der Unterschicht höher ist als bei dem Bevölkerungsteil der der Mittel- und Oberschicht angehört. Im Gegensatz zu verheirateten Menschen weisen auch alleinstehende Personen, speziell verwitwete oder geschiedene ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko auf. Für die affektiven Psychosen ist ein phasenhafter Verlauf charakteristisch. Bei Betroffenen, die sich keiner Behandlung unterziehen, kann eine depressive Phase zwischen sechs und zwölf Monate andauern. Bei 40% der Erkrankten zeigen sich nach einem Jahr keinerlei Symptome mehr. Circa 5 bis 10% geben hingegen an, dass die Symptomatik durchgehend bis zu zwei Jahren und länger besteht. Nach dem erstmaligen Auftreten der Störung erkranken zwischen 50 und 60 % der betroffenen Personen erneut an einer depressiven Episode. Das Selbsttötungsrisiko ist im Gegensatz zur nicht erkrankten Bevölkerung um ein 20 bis 30faches gesteigert. Bis zu 20 und 60% unternehmen einen tatsächlichen Suizidversuch, wobei in etwa 10 bis 15% auch daran sterben.<sup>19</sup>

#### **1.1.2 Manie**

Der Begriff Manie leitet sich aus dem griechischen Wort „mania“ ab und bedeutet einerseits „Raserei, Wut, Wahnsinn“ zum anderen aber auch „Begeisterung, Ekstase und Verzückung“. Die Manie mit ihrer bis zur Euphorie ge-

---

<sup>19</sup> Spitzer, 2008, S. 86

steigerten Stimmungslage bildet also sozusagen den Gegensatz zur Depression.<sup>20</sup>

Ogleich die Entstehung von affektiven Störungen als eine Form der endogenen Psychosen hauptsächlich auf erbliche Faktoren zurückgeführt wird, sind die Auslöser für das erstmalige Auftreten einer Manie genau wie bei der Depression jedoch vorrangig im psychosozialen Bereich zu finden, d.h. der erste Ausbruch der Krankheit ist meistens eine Reaktion auf belastende, bedrückende oder aber beängstigende Ereignisse in der Biographie.<sup>21</sup>

Wie bereits erwähnt, ist die Manie den affektiven Psychosen zuzuordnen, wobei sie als Reinform und in extremer Ausdrucksweise eher selten auftritt. Hinzu kommt, dass diese Form der Störung kaum von dem Betroffenen selbst sowie von außenstehenden Personen als psychische Erkrankung wahrgenommen wird, was wiederum dazu führt, dass die Notwendigkeit für eine ärztliche Behandlung nicht gesehen wird und es demnach zu keiner Diagnose kommen kann. Viel häufiger hingegen treten manische Episoden aber in Kombination mit schizophrenen Symptomen, der sogenannten schizoaffektiven Psychose auf oder sind Teil einer manisch-depressiven Störung.<sup>22</sup>

### 1.1.2.1 Symptomatik

Das manische Krankheitsbild zeichnet sich vor allem durch die übermäßig heitere, fröhliche, ausgelassene, optimistische und enthusiastische Stimmung der betroffenen Person aus. Dabei handelt es sich um eine grundlegende und andauernde Gefühlslage, die auf keinen bestimmten Anlass zurückzuführen ist. Fühlen sich Maniker jedoch in irgendeiner Weise durch ihr Umfeld nicht ernstgenommen oder eingeschränkt, kann sich das „Stimmungshoch“ aber auch plötzlich in eine „gereizte Manie“ umkehren. Sie reagieren dann sehr ungeduldig, sind mürrisch, provozierend, angriffslustig und streitsüchtig. Das kann soweit gehen, dass sie sich in ihrem „Zornesausbruch“ kaum bremsen können und es neben verbalen Übergriffen mitunter auch zu körperlichen Gewalttätigkeiten kommen kann. Abgesehen von der bereits beschriebenen Hochstimmung kommt es auch zu einer extremen

---

<sup>20</sup> Haufe/Krause, 2008, S. 261

<sup>21</sup> Faust, 2000, S. 231f.

<sup>22</sup> Faust, 2000, S. 227-229

Steigerung im Antrieb, die sich in einem unstillbaren Tatendrang oft verbunden mit einer tatsächlichen Leistungssteigerung, einem sehr schnellen und lauten Rededrang und einer übertriebenen Gestik und Mimik äußert. Überdies wirken manisch Kranke oft rastlos und getrieben. Ferner sind sie auch in ihrem Denken stark beschleunigt, was dazu führt, dass sie in ihren Gedankengängen hin und her springen und oftmals den „roten Faden“ verlieren, viele Sachen auf einmal beginnen aber nichts richtig beenden können und einer erhöhten Ablenkbarkeit unterliegen. Hinzu kommt ein zumeist übersteigertes Selbstwertgefühl, welches mit einer maßlosen Selbstüberschätzung oder größenwahnsinnigen Ideen einhergeht. Desweiteren kann es passieren, dass sich die Sinneswahrnehmung bei manisch Kranken verändert. So werden beispielsweise optische und akustische Reize und Signale viel intensiver und eindrucksvoller empfunden als sie in Wirklichkeit sind. Diese verfälschte Wahrnehmung kann unter Umständen auch einen wahnhaften Charakter in Form von Trugwahrnehmungen, Sinnestäuschungen oder wahnhaften Umdeutungen realer Gegebenheiten annehmen, der aber niemals die Deutlichkeit besitzt wie es bei der Schizophrenie der Fall ist.<sup>23</sup>

### 1.1.2.2 Diagnostische Kriterien

Die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer manischen Episode nach DSM-IV sind:<sup>24</sup>

- I. Extrem erhöhtes Selbstwertgefühl und größenwahnsinnige Ideen.
- II. Die Betroffenen verspüren kein normales Schlafbedürfnis. Sie kommen mit sehr wenig Schlaf aus und fühlen sich trotzdem ausgeruht und leistungsfähig.
- III. Sie sind äußerst geschwätzig oder haben einen erhöhten Rededrang.
- IV. Beschleunigtes Denken oder Gedankensprünge.
- V. Die Aufmerksamkeit ist gestört. Manische Menschen lassen sich sehr leicht durch unwichtige äußere Reize vom eigentlichen Thema ablenken.
- VI. Der Antrieb, Aktivität und Initiative sind in allen Bereichen gesteigert.

---

<sup>23</sup> Faust, 2000, S. 236-246

<sup>24</sup> Saß/Wittchen/Zaudig, 1996, S. 393

- VII. Die Betroffenen beschäftigen sich vermehrt mit für sie angenehmen Dingen wie z.B. sinnlose Einkäufe und Geldausgaben, risikoreiche Vertragsabschlüsse oder Investitionen, welche im Umkehrschluss aber zumeist sehr negative Auswirkungen für den Erkrankten oder auch für dritte Personen nach sich ziehen.

Bei einer manischen Episode handelt es sich um eine zeitlich abgegrenzte Periode, in der die Stimmung der erkrankten Person anormal und andauernd gehoben oder gereizt ist. Die Stimmungsänderung muss jedoch für mindestens eine Woche anhalten, wobei bei einer gehobenen Stimmungsveränderung mindestens drei, bei einer nur reizbaren Verstimmung sogar mindestens vier der beschriebenen Symptome in einem deutlichen Ausmaß feststellbar sein müssen. Desweiteren kommt es aufgrund der Störung zu erheblichen Beeinträchtigungen oder schwerwiegenden Folgen auf beruflichem, sozialem oder zwischenmenschlichem Gebiet. Andere körperliche Erkrankungen oder die Auswirkung von eingenommenen Substanzen auf den Körper müssen als Ursache für die bestehende Symptomatik ausgeschlossen werden können. Außerdem erfüllen die Symptome nicht die Kriterien für eine gemischte Episode.<sup>25</sup>

### 1.1.2.3 Folgen

Eine manische Phase kann Auswirkungen auf die Gesundheit des Betroffenen haben. Da allen ihren Handlungen ein ausschweifender und radikaler Charakter anhaftet, passiert es häufig, dass sie entweder unkontrolliert viel essen oder zu wenig bis gar keine Nahrung mehr zu sich nehmen, weil sie es in ihrem ständigen „Beschäftigtsein“ einfach vergessen haben oder nicht dazu gekommen sind. Ein starker Gewichtsverlust bis hin zur Abmagerung kann dann die Folge sein. Neben dem Essen vergessen sie auch oft das Schlafen, oder besser gesagt sind sie so aufgeputscht, dass sie der Meinung sind keinen Schlaf zu benötigen. Früher oder später muss so ein Lebenswandel in körperlichen Erschöpfungszuständen enden. Warnsignale des Körpers oder Krankheitssymptome werden aber meist nicht wahrgenommen, abgetan oder verleugnet.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Saß/Wittchen/Zaudig, 1996, S. 393

<sup>26</sup> Dörner et al., 2002, S. 187



Auch im zwischenmenschlichen Bereich kann das Verhalten des Manikers zu Problemen und Konflikten führen. In seiner Enthemmtheit ist der Betroffene oftmals distanzlos gegenüber anderen. Freunde, Arbeitskollegen, Partner etc. werden rücksichtslos behandelt, öffentlich beleidigt, bloßgestellt, lächerlich gemacht und verbal oder körperlich angegriffen, wobei sich der Maniker wiederum keiner Schuld bewusst ist. Im Endeffekt kann das dazu führen, dass sich Menschen aus dem sozialen Umfeld von dem manisch Kranken abwenden und Beziehungen auseinanderbrechen.<sup>27</sup>

Zudem sind auch fatale existenzielle Folgen möglich. Aufgrund der unkritischen Selbstüberschätzung und den größenwahnsinnigen Ideen neigen die Betroffenen zu einem verschwenderischen und risikofreudigen Umgang mit Geld. Sie kaufen Immobilien; Autos usw., gründen Firmen und nehmen dafür bedenkenlos Kredite auf und verschulden sich aber auch andere stark.<sup>28</sup>

Die Folgen, die sich aus einer manischen Erkrankung ergeben, sind sehr vielfältig und unterschiedlich. Inwiefern das Störungsbild zu Beeinträchtigungen führt, hängt vor allem auch davon ab, wie stark die Manie ausgeprägt ist und auf was für einer Persönlichkeit sie aufbaut, d.h. welche positiven oder negativen individuellen Eigenschaften dadurch verstärkt werden.<sup>29</sup>

#### 1.1.2.4 Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz für affektive Psychosen liegt in Europa zwischen 0,4 und 1%. Die Häufigkeit des Auftretens einer monopolar manischen Störung wird in der Fachliteratur mit ca. 8% angegeben. Sie ist damit im Gegensatz zur Depression vergleichsweise selten. Viel zahlreicher hingegen kommt die Manie als bipolare Erkrankung vor, bei der sich manische mit depressiven Phasen abwechseln. Hier beträgt die Häufigkeit 26%.<sup>30</sup>

Bei einer monopolaren Manie liegt die Dauer der Phasen zwischen zwei Wochen und vier bis sechs Monaten. Bis zu einem Alter von 65 Jahren können bei einem Erkrankten durchschnittlich bis zu zehn Phasen auftreten. Die Dauer der Intervalle zwischen den Phasen und den beschwerdefreien Ab-

---

<sup>27</sup> Dörner et al., 2002, S. 186

<sup>28</sup> Faust, 2000, S. 260 f.

<sup>29</sup> Faust, 2000, S. 247-249

<sup>30</sup> Dörner et al., 2002, S. 234

schnitten variiert aber stark. Bei einer bipolaren Störung wird diese mit zwei bis drei Jahren angegeben.<sup>31</sup>

Die Manie, ob nun einmalig oder wiederholt, kann grundsätzlich in jedem Lebensalter auftreten. Untersuchungsgemäß kommt es jedoch zum Erstausbruch der Krankheit verstärkt zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr, wobei Männer ebenso betroffen sind wie Frauen.<sup>32</sup>

Im Kindheits- und Jugendalter wird die Manie oder eine manisch depressive Erkrankung eher selten erkannt, da sie in diesem Lebensalter vorwiegend in leichteren Formen und nicht unbedingt klassisch verlaufen oder der Pubertätskrise zugeschoben werden. Untersuchungen ergaben jedoch, dass eine bipolare Störung zu 15% erstmalig im Alter zwischen 15 und 20 Jahren ausbricht und auch schon im Kindesalter so um das 10. Lebensjahr vorkommen kann. Hier soll das männliche Geschlecht stärker betroffen sein als das weibliche. Wird die Erkrankung rechtzeitig behandelt, bleiben geistige oder seelische Schädigungen zumeist aus. Bei einer Nichtbehandlung können jedoch gehäufte manische Episoden die Entwicklung enorm stören und lebenslange Beeinträchtigungen im intellektuellen und psychosozialen Bereich nach sich ziehen.<sup>33</sup>

Im höheren Lebensabschnitt, dem sogenannten „Greisenalter“ kommt die Manie als Ersterkrankung und in ihrer vollendeten Form so gut wie nie vor, da ältere Menschen nicht mehr über das körperliche und seelische Kräftepotential dafür verfügen. Wenn manische Symptome auftreten, dann zumeist aufgrund hirnganischer Schädigungen (Altersdemenz, Hirntumore), was auch als „sekundäre“ oder „symptomatische“ Manie bezeichnet wird.<sup>34</sup>

Im Allgemeinen sind die Heilungschancen für affektive Psychosen trotz Behandlung schlechter als bisher angenommen. Untersuchungen ergaben, dass es bei 20 bis 40% der Betroffenen zu einer Chronifizierung kommt.<sup>35</sup>

### 1.1.3. Schizophrenien

Die Schizophrenie ist neben anderen psychischen Störungen nicht erst eine Krankheit der Moderne. Sie wurde schon in vielen historischen Überlieferun-

---

<sup>31</sup> Haufe/Krause, 2008, S. 262

<sup>32</sup> Faust, 2000, S. 231

<sup>33</sup> Faust, 2000, S. 267 f.

<sup>34</sup> Faust, 2000, S. 270

<sup>35</sup> Haufe/Krause, 2008, S. 262

gen in ihrer Symptomatik beschrieben und zumeist mit dem allgemeinen Wort „Wahnsinn“ betitelt. Im Jahre 1865 prägt der belgische Psychiater Benedict Morel den Begriff „démence précoce“, unter dem er das Irresein in jungen Jahren zusammenfasste. Emil Kraepelin kommt 1899 zu ähnlichen Auffassungen wie Morel und nennt diese Form der Störung „dementia praecox“. Der Psychiater Eugen Bleuler bezeichnet das Krankheitsbild 1911 dann mit dem Ausdruck Schizophrenie, der übersetzt soviel wie „Spaltung des Geistes“ bedeutet und bis heute erhalten geblieben ist.<sup>36</sup>

### 1.1.3.1 Symptomatik

Die Symptome einer Schizophrenie sind breitgefächert und niemals homogen, was es unmöglich macht hier alle darzustellen. Es gibt jedoch mehr oder weniger typische Symptome, die häufiger auftreten und besonders kennzeichnend für das Störungsbild sind. Diese Merkmale werden in zwei Bereiche unterteilt, der Positivsymptomatik und der Negativsymptomatik.<sup>37</sup>

Zur den positiven Symptomen, auch Überschussreaktionen, zählen vor allem Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Störungen im Erleben des eigenen Ichs, die sich besonders auf die Gedankenwelt des Betroffenen beziehen. Zum Gegenstand des Wahns können alle Lebensumstände der erkrankten Person werden, wobei es hierbei zu einer subjektiven Umdeutung der Realität kommt, von dessen Richtigkeit der Betroffene jedoch überzeugt ist, z.B. Vergiftungs-, Verfolgungs-, Krankheits- oder Größenwahn. Für Außenstehende sind diese Wahnvorstellungen nicht nachvollziehbar und sehr abstrakt. Die Halluzinationen können alle Sinnesbereiche betreffen, sind aber zumeist akustischer Art. Der Schizophrene hört Stimmen, die ihn ansprechen, bedrohen, ihm Anweisungen erteilen, seine Handlungen kommentieren oder sich untereinander über ihn unterhalten. Bei den Störungen im Ich-Erleben hat der Kranke das Gefühl, sich in seinen eigenen Gedanken und im Verhalten nicht mehr von der äußeren Umwelt abgrenzen zu können. Er empfindet diese als von außen gemacht und fremd oder glaubt, dass seine Gedanken für alle mithörbar sind oder ihm entzogen werden.<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> Comer, 2001, S. 366

<sup>37</sup> Möller, 2005, S. 141f.

<sup>38</sup> Möller, 2005, S. 142-144

Zu der negativen Symptomgruppe zählen hauptsächlich die gehemmte Sprache, Affektverflachung und Antriebsmangel. Die Sprachstörungen bestehen darin, dass der Sprachfluss verlangsamt und mühsam ist und die Sprache im Allgemeinen verkümmert. In einem Gespräch antwortet der Kranke nur sehr zögerlich und kurz oder die Antworten stehen in keinem Zusammenhang mit der Thematik oder Fragestellung. Die Affektverflachung äußert sich dadurch, dass Emotionen wie Freude, Wut oder Trauer nicht mehr richtig empfunden und gezeigt werden können. Bisweilen besteht eine prinzipielle Unfähigkeit Spaß oder Freude zu empfinden, was als Anhedonie bezeichnet wird. An einer Schizophrenie Erkrankte sind häufig willenlos und apathisch. Sie haben kein Interesse mehr an Aktivitäten und können sich auch zu alltäglichen Handlungen nicht motivieren. Einen gesondert hervorzuhebenden Symptombereich stellen extreme psychomotorische Auffälligkeiten dar, die unter dem Begriff Katanonie zusammengefasst werden. Hierzu gehören beispielsweise stereotype Haltungen, bei denen der Kranke über einen langen Zeitraum sonderbar verdrehte Körperpositionen einnimmt oder es kommt zu einer wächsernen Biegsamkeit. Bei dieser Form bleibt der Betroffene solange in einer Position, in die er von einer anderen dritten Person gebracht wurde, bis diese Körperstellung wieder durch jemand anderes aufgelöst wird. Ein weiteres Symptom ist der katatone Stupor, bei dem der kranke Mensch sich teilweise über Tage hinweg nicht mehr bewegt oder spricht und Reize aus der Umwelt nicht mehr wahrnimmt, geschweige denn darauf reagiert.<sup>39</sup>

### 1.1.3.2 Diagnostische Kriterien

Nach DSM-IV müssen für die Diagnosestellung einer Schizophrenie folgenden Kriterien vorliegen:<sup>40</sup>

- I. Wahnvorstellungen oder Wahnideen (z.B. Verfolgungswahn, Beziehungswahn).
- II. Sinnestäuschungen oder Trugwahrnehmungen, die alle Bereiche der Wahrnehmung des Menschen betreffen können, hauptsächlich aber

---

<sup>39</sup> Comer, 2001, S. 371-372

<sup>40</sup> Saß/Wittchen/Zaudig, 1996, S. 340f.

auf akustischem Gebiet vorkommen, hier besonders das Hören von Stimmen.

- III. Wirre, sonderbare, ungeordnete oder chaotische Sprechweise, welche mitunter für Außenstehende unverständlich ist.
- IV. Absonderliche oder katatone Verhaltensweisen wie bspw. stereotypische Bewegungen, Redensarten oder Körperhaltungen.
- V. Andere negative Symptome die den Affekt, Denken und Antrieb betreffen.

Die Merkmale der Störung halten nicht weniger als sechs Monate an, wobei mindestens zwei der beschriebenen charakteristischen Symptome über eine längere Zeitspanne innerhalb eines Monats bestehen müssen, um eine sichere Diagnose stellen zu können. Handelt es sich bei den Wahnvorstellungen um grotesken Wahn und sind die Halluzinationen akustischer Natur, die entweder aus einer alles kommentierenden Stimme oder aus mindestens zwei Stimmen, die sich miteinander unterhalten bestehen, ist dieses Symptom für eine Diagnosestellung ausreichend. Für die Entstehung der Krankheitsmerkmale müssen eine andere körperliche Erkrankung oder eine substanzinduzierte Wirkung als Gründe ausgeschlossen werden können. Ferner muss auch das Vorliegen einer affektiven oder schizoaffektiven Störung ausgeschlossen sein. Falls affektive Episoden jedoch während einer Schizophrenie auftreten, waren sie im Vergleich zu den schizophrenen Phasen nur von kurzer Dauer. Seit dem Beginn der Störung kommt es über einen nicht unerheblichen Zeitraum zu Leistungseinbußen im sozialen und beruflichen Bereich. Auch die Fähigkeit der Selbstfürsorge liegt deutlich unter dem Stand, der vor dem Ausbruch der Krankheit erreicht wurde.<sup>41</sup>

Das DSM-IV unterscheidet bei der Schizophrenie noch verschiedene Subtypen, welche mittels der im Vordergrund stehenden Symptome bestimmt werden.

Die Subtypen sind im Einzelnen:<sup>42</sup>

- a) Der paranoide Typ

---

<sup>41</sup> Saß/Wittchen/Zaudig, 1996, S. 340f.

<sup>42</sup> Saß/Wittchen/Zaudig, 1996, S. 342-347

Dieser ist durch die besonders ausgeprägten Wahnwahrnehmungen oder akustischen Halluzinationen gekennzeichnet, wobei das Denken oder der Affekt nur minimal oder gar nicht beeinträchtigt ist. Die Wahnvorstellungen und Halluzinationen konzentrieren sich dabei zu meist auf ein bestimmtes Thema, z.B. religiöser oder körperbezogener Wahn oder Beziehungswahn. Daneben treten Merkmale wie Wut bis hin zu aggressivem Verhalten, Streitsucht, Angst und Distanziertheit auf. Die Gefahr eines Suizids ist bei diesem Typus besonders ausgeprägt.

b) Der desorganisierte Typ

Hier fallen insbesondere die ungeordnete Sprechweise, die oft durch läppische Albernheit und unangemessenes Lachen begleitet werden, sowie die Desorganisation im Verhalten und ein abgeschwächter oder unangebrachter Affekt auf. Die Erkrankung beginnt hier meist sehr früh und verläuft schleichend. Man bezeichnet diesen Typus unter anderem auch als Hebephrenie.

c) Der katatone Typ

Im Vordergrund stehen hier psychomotorische Störungen, wie die motorische Unbeweglichkeit oder im anderen Extrem die übermäßige motorische Aktivität. Beispielsweise wird das Erstarren in bestimmten Haltungen entgegen jeglicher Aufforderungen beibehalten und auch den Versuchen durch Dritte bewegt zu werden wird widerstrebt. Ferner sind Echolalie und Echopraxie, also das Wiederholen oder Nachahmen von Wörtern und Bewegungen anderer Personen oder ein plötzlicher Mutismus typisch.

d) Der undifferenzierte Typ

Die Symptome für das Vorhandensein einer Schizophrenie liegen zwar vor, jedoch erfüllen sie nicht die erforderlichen Kriterien, um spezifisch als paranoide, desorganisierte oder katatone Schizophrenie eingestuft werden zu können.

e) Der residuale Typ

Diese Einstufung soll dann erfolgen, wenn schon einmal eine schizophrene Episode vorgelegen hat, das momentane Bild aber keine ausgeprägten positiven Symptome erkennen lässt. Hinweise auf die Stö-

rung zeigen sich weiterhin durch negative psychotische Symptome oder durch eine sehr abgeschwächte Positivsymptomatik.

f) Die Schizophreniforme Störung

Die hier vorliegenden Symptome stimmen zwar mit denen der Schizophrenie überein, es gibt aber einen Unterschied bezüglich der Krankheitsdauer und es kommt während des Krankheitsprozesses zu keinen großen Beeinträchtigungen auf beruflichem oder sozialem Gebiet.

### 1.1.3.3 Folgen

Neben den Störungen, die sich auf das Körpergefühl beziehen, leiden erkrankte Personen häufig auch unter anderen organischen Beeinträchtigungen. Sie klagen oftmals über Kopfschmerzen oder einem den ganzen Kopf betreffenden Druckgefühl, Herz-Kreislaufstörungen, Libido- und Potenzstörungen und Schlafstörungen, die auch in eine völlige Schlaflosigkeit ausarten können. Weiterhin treten manchmal extreme Veränderungen der Körperfunktionen auf. Das Herz rast oder schlägt auffällig langsam, die Atmung ist beschleunigt oder verlangsamt, Speichel-, Schweiß- und Talgdrüsen sondern vermehrt Sekrete ab und auch der Harnfluss ist entweder stark erhöht oder abgeschwächt. Daneben kommt es zu Appetitlosigkeit oder zu Heißhungerattacken. Als Folge dessen sind Störungen der Magen-Darmtätigkeit häufig. Manchmal neigen schizophrene Erkrankte auch zu einer ausgeprägten Gewichtszunahme, die nicht auf die Einnahme von Neuroleptika zurück geführt werden kann. Auch lässt sich ein verstärkter Hang zur Einnahme von Alkohol oder andern Rauschdrogen wie bspw. LSD oder Haschisch feststellen, wobei dadurch der psychotische Zustand auch erst ausgelöst werden kann.<sup>43</sup>

Von einer Schizophrenie betroffene Personen ziehen sich oft aus ihrer sozialen Umwelt zurück und beschäftigen sich nur noch mit sich selber, wodurch sie, durch ihre ohnehin schon verzerrte Wahrnehmung oder Denkweise, immer mehr den Bezug zur Realität verlieren und ihre sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten weiter abnehmen oder vollständig zusammenbrechen.<sup>44</sup>

Schizophrene Menschen haben ein erhöhtes Suizidrisiko, wobei der Versuch häufig nach einer schweren psychotischen Episode oder in einer Phase, in

---

<sup>43</sup> Faust, 2000, S. 335-337

<sup>44</sup> Comer, 2001. S. 372

der die psychotische Symptomatik weniger ausgeprägt ist, erfolgt. Durch die Krankheit kommt es zu einer deutlichen Verschlechterung der Lebensqualität, so dass viele nur noch im Freitod die Lösung und Erlösung von ihren Leiden sehen.<sup>45</sup>

#### 1.1.3.4 Epidemiologie

Die Schizophrenie ist eine mit am häufigsten auftretende psychische Störung, die besonders einschneidende Auswirkungen auf das Leben der betroffenen Personen hat. Schätzungsweise 1% der Gesamtbevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens einmal an einer Schizophrenie, wobei beide Geschlechter in etwa gleich betroffen sind.<sup>46</sup>

Zwar ist die Störung an kein bestimmtes Lebensalter gebunden, zum erstmaligen Ausbruch der Krankheit kommt es aber hauptsächlich zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr. Bei Männern tritt eine Schizophrenie tendenziell früher auf als bei Frauen. Im Gegensatz zum weiblichen Geschlecht liegt das Alter der Ersterkrankung bei ihnen verstärkt zwischen dem 15. und 24. Lebensjahr. In den späteren Lebensabschnitten ist die Erkrankungswahrscheinlichkeit jedoch abfallend. Frauen hingegen erkranken häufig zum ersten Mal im Alter zwischen 20 und 29. Eine zweite kritische Phase gibt es nochmals während des Eintritts in die Menopause, so etwa zwischen 45 und 50 Jahren.<sup>47</sup>

Die Krankheitssymptomatik einer Schizophrenie kann sich akut äußern, sich aber auch in einem schleichenden Prozess entwickeln. Dem vollausgebildetem Störungsbild gehen zumeist weniger typische Symptome voraus, die häufig eher zu dem Krankheitsbild einer affektiven Störung passen. Es ist dennoch von enormer Wichtigkeit, bereits in diesem Vorstadium die Krankheit zu erkennen und zu behandeln, weil somit einem ungünstigen Verlauf vorgebeugt werden kann. Die akute psychotische Symptomatik kann wenige Wochen oder mehrere Monaten andauern und verläuft entweder phasisch oder in Schüben.<sup>48</sup>

---

<sup>45</sup> Faust, 2000, S. 341

<sup>46</sup> Haufe/Krause, 2008, S: 256

<sup>47</sup> Faust, 2000, S. 290

<sup>48</sup> Möller/Laux/Deister, 2005, S. 157



Das Risiko an einer Schizophrenie zu erkranken, erhöht sich für den Einzelnen, wenn diese Form der Störung innerhalb der Familie oder Verwandtschaft schon einmal aufgetreten ist. Bei Angehörigen ersten Grades liegt die Wahrscheinlichkeit bei 10%, bei Verwandten des zweiten Grades liegt das Risiko bei circa 5%. Besonders hoch liegt die Rate bei eineiigen Zwillingen, hier beträgt sie 50%. Bei zweieiigen Zwillingen immerhin noch 15%.<sup>49</sup>

Die Suizidrate bei Menschen die an einer Schizophrenie erkrankt sind liegt bei etwa 10%, wobei die Rate der Selbstmordversuche in etwa doppelt bis dreimal so hoch ist. Bei Männern kommt der vollendete Suizid häufiger vor als bei Frauen. Beim weiblichen Geschlecht dominieren Selbsttötungsversuche.<sup>50</sup>

## 1.2 Alkoholabhängigkeit

Der Begriff Alkoholabhängigkeit hat sich im Laufe der Zeit aus verschiedenen anderen Bezeichnungen wie Trunkenheit, Trunksucht, Alkoholkrankheit und Alkoholismus heraus entwickelt.<sup>51</sup>

Der Ausdruck Alkoholismus, 1852 durch den schwedischen Arzt Magnus Huss eingeführt, hat sich im internationalen Sprachgebrauch aufgrund seiner Praktikabilität festgesetzt und wird immer noch verwendet. Er umfasst nach heutigem Verständnis sowohl Alkoholmissbrauch als auch Alkoholabhängigkeit, welche allerdings nicht unbedingt miteinander in Verbindung stehen müssen. Genauer gesagt impliziert der missbräuchliche Konsum von Alkohol nicht zwangsläufig auch eine Alkoholabhängigkeit.<sup>52</sup>

Das National Council on Alcoholism and Drug Dependence und die American Society of Addiction Medicine definieren Alkoholismus wie folgt:

„Alkoholismus ist eine primäre, chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umweltbedingte Faktoren beeinflusst wird. Sie schreitet häufig fort und kann tödlich enden. Alkoholismus wird durch eine Reihe von dauernd oder zeitweilig auftretenden Kennzeichen charakterisiert, insbesondere durch die Verschlechterung des Kontrollvermögens beim Trinken und durch die vermehrte gedankliche Beschäf-

---

<sup>49</sup> Möller/Laux/Deister, 2005, S. 135

<sup>50</sup> Faust, 2000, S. 341

<sup>51</sup> Soyka, 1995, S. 2

<sup>52</sup> Feuerlein, Küfner, Soyka, 1998, S. 1

tigung mit Alkohol, der trotz besseren Wissens um seine schädlichen Folgen getrunken und dessen Konsum häufig verleugnet wird.<sup>53</sup>

Im Zusammenhang mit der Alkoholproblematik wird in der Fachliteratur oftmals auch der Begriff Sucht mit aufgeführt.

Unter Sucht versteht man ein gesteigertes Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand, der entweder durch die Einnahme von verschiedenen Drogen (stoffgebundene Süchte) hervorgerufen wird oder durch bestimmte Verhaltensweisen (stoffungebundene Süchte) zustande kommt. Die betroffene Person kann ihr süchtiges Verhalten nicht mehr willentlich steuern, es besteht ein innerer Zwang, die Sucht immer wieder aufs Neue zu befriedigen. Bedingt durch das krankhafte Verhalten, treten bei diesen Menschen häufig ernste Probleme im psychischen, physischen und sozialen Bereich auf. Der Begriff „Sucht“ stammt von dem germanischen Wort „siech“ ab und kennzeichnet einen Krankheits- oder Leidenszustand. Der Suchtbegriff ist zwar stark verbreitet und allgemein verständlich, gleichzeitig aber auch sehr weitreichend, da grundsätzlich jedes menschliche Streben oder Verhalten süchtig entarten kann.<sup>54</sup>

Aufgrund des Beschlusses der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wurde 1968 deshalb der unspezifische Begriff Sucht in Bezug auf die Einnahme von Drogen (drug addiction), durch den Begriff der Abhängigkeit (drug dependence) ersetzt. Es wird hierbei zwischen psychischer/seelischer und physischer/körperlicher Abhängigkeit unterschieden.<sup>55</sup>

Die physische Abhängigkeit ist durch die Entwicklung einer Toleranz gegenüber der Substanz gekennzeichnet, d.h. um die gleiche Wirkung zu erzielen, sind immer höhere Dosen des Suchtmittels von Nöten. Eine körperliche Abhängigkeit lässt sich auch nachweisen, wenn nach dem plötzlichen Absetzen einer seit längerem eingenommenen Droge Entzugerscheinungen auftreten. Die psychische Abhängigkeit zeichnet sich dadurch aus, dass die betroffene Person einen starken bis übermächtigen Wunsch verspürt die Substanz zu sich zu nehmen. Dieses Verlangen wird in der Fachsprache als „Craving“ bezeichnet. Ein weiterer wesentlicher Aspekt für das Vorliegen einer psychi-

---

<sup>53</sup> zitiert nach Feuerlein, Küfner, Soyka, 1998. S. 7

<sup>54</sup> Stimmer, 2000, S. 581

<sup>55</sup> Stimmer, 2000, S. 1

schen Abhängigkeit äußert sich in der verminderten Kontrollfähigkeit hinsichtlich des Substanzgebrauchs.<sup>56</sup>

Durch den Urteilsspruch des Bundessozialgerichts von 1968 ist „Alkoholismus“ in Deutschland eine anerkannte Krankheit.<sup>57</sup>

### 1.2.1 Symptomatik

Eine beginnende oder bereits bestehende Alkoholabhängigkeit zeichnet sich vor allem durch eine Vielzahl von körperlichen Veränderungen aus. Der Betroffene leidet vermehrt unter Übelkeit, meist morgendliche Brechneigung, Appetitlosigkeit, Gewichtsminderung, verstärktem Schwitzen und Schlafstörungen. Da Alkohol negative Auswirkungen auf den gesamten Verdauungsapparat hat, kommt es häufig zu Verdauungsbeschwerden aller Art, z.B. Durchfall, Blähungen oder anhaltender Verstopfung. Desweiteren sind Entzündungen der Magen-Darm-Schleimhaut, der Bauchspeicheldrüse, der Gallenblase, der Harnwege und der Harnblase typisch. Auch Zähne und Zahnfleisch befinden sich häufig in einem schlechten Zustand. Alkoholranke neigen aufgrund der durch den Alkohol verminderten motorischen Fähigkeiten und Gleichgewichtsstörungen verstärkt zu kleineren oder größeren Verletzungen, Stürzen und Unfällen, wobei sie sich meist großflächige Blutergüsse oder Frakturen zuziehen. Sie haben oft ein schwammiges, aufgedunsenes Gesicht und neigen zu Hautveränderungen wie Pusteln, Knötchen, Krusten mit anschließender Narbenbildung. Signifikant sind auch die sogenannten Spider Naevi (Gefäßspinnen) im Gesicht und am oberen Schultergürtel, sowie die Ausbildung eines Rhinophyms („Trinkernase“). Außerdem kommt es zu Störungen im sexuellen Verlangen und der Potenz. Bei einer ausgeprägten alkoholbedingten Leberschädigung können beim Mann die weiblichen Sexualhormone nicht mehr richtig abgebaut werden, so dass Zeichen der „Feminisierung“, z.B. Brustentwicklung oder charakteristisch weibliche Schambehaarung auftreten.<sup>58</sup>

Das äußere Erscheinungsbild alkoholkranker Menschen ist entweder überaus gepflegt und korrekt, wobei sie den Alkoholgeruch meist durch sehr viel Parfüm zu überdecken versuchen oder sie achten, im anderen Extrem, über-

---

<sup>56</sup> Soyka, 2000, S. 13

<sup>57</sup> Stimmer, 2000, S. 18

<sup>58</sup> Soyka, 2000, S. 14f.

haupt nicht mehr auf Körperhygiene und Kleidung und machen einen eher verwahten Eindruck.<sup>59</sup>

### 1.2.2 Diagnostische Kriterien

Nachfolgend werde ich die Diagnosekriterien für Substanzabhängigkeit und Substanzmissbrauch nach DSM-IV darstellen. Die Kriterien gelten für alle Abhängigkeitserkrankungen, die im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen stehen, gleichermaßen.<sup>60</sup>

Die diagnostischen Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit sind:<sup>61</sup>

- I. Die Ausbildung einer Toleranz gegenüber der Substanz, welche zum einen durch eine stark verminderte Wirkung bei fortbestehender Einnahme derselben Dosis zum Ausdruck kommt oder die, um die gewünschte Wirkung zu erzielen, durch das Verlangen nach einer ausgeprägten Steigerung der Dosis deutlich wird.
- II. Das Auftreten von Entzugssymptomen, gekennzeichnet durch das für die jeweilige Substanz typische Entzugssyndrom oder, um die auftretenden Entzugssymptome abzuschwächen oder ganz zu vermeiden, wird die Substanz weiter eingenommen.
- III. Der Substanzkonsum erfolgt oftmals in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt.
- IV. Es besteht ein anhaltender Wunsch hinsichtlich Verringerung und Kontrolle des Substanzgebrauchs, Versuche bleiben aber stets erfolglos.
- V. Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen, oder sich von ihren Wirkungen zu erholen, nehmen viel Zeit in Anspruch.
- VI. Aufgrund des Substanzmissbrauchs unterliegen wichtige soziale, berufliche und Freizeitaktivitäten starken Einschränkungen oder werden ganz aufgegeben.
- VII. Obwohl Kenntnis darüber besteht, dass ein andauerndes oder immer wiederkehrendes körperliches oder seelisches Problem wahrschein-

<sup>59</sup> Dörner et al., 2002, S. 250

<sup>60</sup> Saß/Wittchen/Zaudig, 1996, S. 223

<sup>61</sup> Saß/Wittchen/Zaudig, 1996, S. 227

lich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde, wird die Substanz weiterhin konsumiert.

Die Abhängigkeit von einer Substanz mit psychotroper Wirkung äußert sich in einem unangepassten Verhaltensmuster hinsichtlich des Substanzgebrauchs, durch das es zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt. Damit die Voraussetzungen für die Diagnosestellung einer Substanzabhängigkeit gegeben sind, müssen zu jedem beliebigen Zeitpunkt innerhalb eines Jahres, drei der aufgeführten Kriterien bei der betroffenen Person aufgetreten sein.<sup>62</sup>

Die Kriterien für das Vorliegen eines Substanzmissbrauchs nach DSM-IV lauten:<sup>63</sup>

- I. Der wiederholte Konsum der Substanz führt zu einem Versagen bei der Erfüllung von Aufgaben und Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause (z.B. Schulschwänzen oder Vernachlässigung des Haushalts).
- II. Die Substanz wird häufig auch in Situationen eingenommen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer Gefährdung der körperlichen Gesundheit kommen kann (z.B. beim Autofahren).
- III. Es treten vermehrt Konflikte mit dem Gesetz auf, die in Verbindung mit dem Substanzgebrauch stehen.
- IV. Obwohl es durch die Auswirkungen des Substanzkonsums zu Problemen im sozialen oder zwischenmenschlichen Bereich kommt, wird die Einnahme fortgesetzt.

Der Missbrauch einer Substanz mit psychotroper Wirkung äußert sich ebenfalls in einem unangepassten Verhaltensmuster hinsichtlich des Substanzgebrauchs, durch das es zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt. Damit die Voraussetzungen für die Diagnosestellung eines Substanzmissbrauchs gegeben sind, muss zu jedem beliebigen Zeitpunkt in demselben 12-Monats-Zeitraum, mindestens eines der aufgeführten Kriterien

---

<sup>62</sup> Saß/Wittchen/Zaudig, 1996, S. 227

<sup>63</sup> Saß/Wittchen/Zaudig, 1996, S. 229

bei der betroffenen Person aufgetreten sein, wobei diese noch nicht die Kriterien für eine Abhängigkeit erfüllen.<sup>64</sup>

Für die genaue Diagnostik bezüglich Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch wurden eine Reihe von Interviewmethoden, Fragebogentests und andere Diagnoseinstrumente entwickelt. In den unterschiedlichen Verfahren geht es um die Erfassung anamnetischer Angaben einerseits und der, für einen alkoholkranken Menschen charakteristischen klinischen Symptomatik andererseits. Desweiteren werden Informationen zu Trinkgewohnheiten, Trinkfrequenz und zur Einschätzung des eigenen Trinkverhaltens gesammelt. Einen wichtigen Bestandteil der Diagnostik stellen auch die für einen Alkoholmissbrauch oder für eine Alkoholabhängigkeit typischen biochemischen Veränderungen dar. Diese können durch bestimmte Testverfahren im Labor nachgewiesen werden.<sup>65</sup>

### 1.2.3 Folgen

Der missbräuchliche Konsum von Alkohol hat negative Auswirkungen auf den gesamten menschlichen Organismus. Es werden dadurch Schädigungen der Leber, der Bauchspeicheldrüse, des Gastrointestinaltrakts (Mundhöhle, Magen und Darm), der Nerven und des Gehirns verursacht. Zu den bekanntesten neuropathologischen Veränderungen gehören wohl das Wernicke-Korsakow-Syndrom und die alkoholische Polyneuropathie. Kennzeichnend für das Wernicke-Korsakow-Syndrom sind Bewusstseinsstörungen, der Verlust des Allzeitgedächtnisses, verbunden mit der Unfähigkeit neue Dinge zu erlernen oder sich einzuprägen, Augenmuskelstörungen, z.B. Blicklähmungen und Störungen in der Muskelkoordination, die sich meistens in Gang- und Standunsicherheiten äußern. Bei der Polyneuropathie, den Entzündungen der Nerven der Extremitäten, äußern sich die ersten Krankheitserscheinungen durch Kribbeln, Taubheitsgefühlen und Muskelkrämpfen. Im fortgeschrittenen Stadium kommt es zu ziehenden, brennenden oder stechenden Schmerzen und Funktionsausfällen. Ferner treten auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen und Herz-

---

<sup>64</sup> Saß/Wittchen/Zaudig, 1996, S. 229

<sup>65</sup> Soyka, 2000, S. 20-27

schwächen auf. Bedingt durch die giftige Wirkung des Alkohols kommt es zu Veränderungen des Knochenmarks und damit auch zu Blutbildveränderungen. Alkoholranke neigen außerdem vermehrt zu Erkrankungen der Luftwege. Die Ausbildung einer Pneumonie oder einer Lungentuberkulose stellt eine häufig auftretende Komplikation dar. Da die für die körpereigene Abwehr zuständigen wichtigen Organe durch den Alkohol geschädigt werden, ist das Immunssystem bei Alkoholikern im Allgemeinen sehr geschwächt und eine erhöhte Infektionsanfälligkeit die Folge.<sup>66</sup>

Bedingt durch die Hirnschädigungen treten eine Reihe von psychischen Störungen, wie Alkoholdelir (Delirium tremens), Alkoholhalluzinose, wobei hier akustische Halluzinationen in Form von Stimmenhören und paranoide Vorstellungen häufiger vorkommen als optische Halluzinationen und alkoholischer Eifersuchtswahn, auf. Bei allen Alkoholranke kommt es, aufgrund des Alkoholmissbrauchs und der dadurch auftretenden Belastungen sowie Problemen und Konflikten, zu Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur. Sie verfügen meist über ein geringes Selbstwertgefühl, eine geringe Frustrationstoleranz, eine verminderte Leistungsfähigkeit, wenig konstruktive Strategien zur Stressbewältigung und Problemlösung, leiden verstärkt unter Depressionen, werden gleichgültig und sind vermindert in ihrer Initiative und Aktivität. Unter Alkoholeinfluss reagieren sie oftmals verbal oder körperlich aggressiv.<sup>67</sup>

Auch die Folgen im sozialen Bereich sind mannigfaltig. Sie betreffen vornehmlich das nähere soziale Umfeld des Abhängigen, sprich Partner, Familie und Freunde, die Arbeitswelt und die damit verbundene finanzielle Absicherung, die Kriminalität und die Verkehrstüchtigkeit.<sup>68</sup>

#### 1.2.4. Epidemiologie

Alkoholabhängigkeit stellt in Deutschland, sowie in vielen anderen westlichen Industrienationen die am häufigsten auftretende chronische Erkrankung dar. Es sind vornehmlich Männer betroffen, wobei die Anzahl der alkoholabhängigen Frauen in den letzten Jahren angestiegen ist. In Deutschland werden

---

<sup>66</sup> Feuerlein/Küfner/Soyka, 1998, S. 138-171

<sup>67</sup> Feuerlein/Küfner/Soyka, 1998, S. 179-194

<sup>68</sup> Feuerlein/Küfner/Soyka, 1998, S. 195-201

etwa 2,5 Millionen Menschen als alkoholabhängig und insgesamt 5 Millionen Menschen als dafür gefährdet eingeschätzt.<sup>69</sup>

In der von Bronisch und Wittchen durchgeführten Münchner Follow-up-Studie (1992), die auf einer Stichprobe der alten Bundesländer in den 70er und 80er Jahren basiert, lag die Lebenszeitprävalenz für Alkoholmissbrauch bzw. Alkoholabhängigkeit bei der erwachsenen Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren bei 13%, wobei die Rate der Männer 21% und die der Frauen 5,1% betrug. Die Prävalenzzahlen bei den 25 bis 44-jährigen fielen jedoch bei beiden Geschlechtern deutlich niedriger aus, als bei der Gruppe der 45 bis 64-jährigen. Der durchschnittliche Beginn einer Abhängigkeitserkrankung wird mit dem Alter von 30 Jahren angegeben.<sup>70</sup>

Zwar kommt Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch in allen Schichten der Bevölkerung vor, nach einer Untersuchung von Fichter et al. (1986) ist im Vergleich aber hauptsächlich bei den Männern der unteren Sozialschichten eine erhöhte Quote an Alkoholkranken auszumachen.<sup>71</sup>

Der aufgrund der Folgeerscheinungen einer Alkoholabhängigkeit und ihrer Behandlung entstehende volkswirtschaftliche Schaden beträgt mindestens 20 Milliarden Euro. Von allen Straftaten die in Deutschland verübt werden, geschieht die Hälfte unter Alkoholeinfluss. Außerdem wird geschätzt, dass auf jeden Alkoholiker mindesten zwei Personen aus dem persönlichen Umfeld als Co-Abhängige fungieren.<sup>72</sup>

---

<sup>69</sup> Lucht, 2008, S.167

<sup>70</sup> Feuerlein/Küffner/Soyka, 1998, S. 111

<sup>71</sup> Feuerlein/Küffner/Soyka, 1998, S. 116-117

<sup>72</sup> Möller/Laux/Deister, 2005, S. 316



## 2. Die Doppelte Diagnose

Das zweite Kapitel befasst sich mit der Komorbidität psychischer Störungen und Alkoholabhängigkeit. Einleitend in diese Thematik stelle ich den Fall einer Klientin des Sozialpsychiatrischen Dienstes Nordvorpommern vor.<sup>1</sup>

Der Erstkontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst kam nach Absprache mit der Klientin durch den Sozialen Dienst der Psychiatrischen Klinik zustande, um die weitere ambulante Betreuung nach dem Klinikaufenthalt zu gewährleisten. Nachdem Frau L. einen versuchten Suizid mit Hilfe einer Überdosis Schlaftabletten in Verbindung mit der Einnahme einer enormen Menge an Alkohol unternommen hatte, wurde sie nach der Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus zur Weiterbehandlung in die Psychiatrische Klinik eingewiesen.

### Biographische Angaben

Frau L. wurde als das jüngste von acht Kindern geboren. Ihren Vater verlor sie mit neun Jahren vergleichsweise früh. Nach dem Tod des Vaters zog die Mutter die Kinder alleine groß, so dass die Klientin schon früh lernen musste selbständig zu sein und Verantwortung zu übernehmen. Frau L. schildert, dass sie schon als Kind Ängste vor dem Verlassenwerden hatte. Das Familienleben empfand sie aber trotzdem als sehr harmonisch. Die Beziehung zur Mutter wird von ihr als besonders innig beschrieben, da sie ihr Liebling gewesen sei. Nach dem Abschluss der 10.Klasse beginnt sie eine Ausbildung zur Gärtnerin, welche sie auch abschließt. Während und nach der Lehre kommt es dann zu einigen Erziehungsschwierigkeiten. Frau L. bleibt tage- und wochenlang dem Elternhaus fern. Zu dieser Zeit beginnt sie auch regelmäßig Alkohol zu trinken. Sie gibt an, abgesehen von der Familie, wenig soziale Kontakte gehabt zu haben und bezeichnet sich selber als Einzelgängerin und eigensinnig. Nach der Lehre arbeitet sie bis zur Wende in einem Betrieb der LPG. Nach kurzer Arbeitslosigkeit absolviert sie eine Umschulung zur Baumaschinenführerin und ist nach deren Beendigung im Straßenbau tätig. Obwohl Frau L. finanziell unabhängig ist, verlässt sie das Elternhaus

---

<sup>1</sup> Das Fallbeispiel wurde für diese Arbeit durch den Sozialpsychiatrischen Dienst NVP unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zur Verfügung gestellt.

nicht und lebt dort gemeinsam mit ihrer Mutter. Bei ihrer Mutter wird später ein Krebsleiden festgestellt, so dass eine Operation notwendig wird. Kurz nach dem operativen Eingriff verstirbt die Mutter jedoch, wodurch Frau L. eine wichtige Bezugsperson verliert. Zu diesem Zeitpunkt ist die Klientin 36 Jahre alt und alleinstehend.

### Klinisches Bild und Symptomatik

Der erste Suizid erfolgte circa ein Jahr nach dem die Mutter verstorben war. Frau L. gibt an, dass Selbsttötungsphantasien bei ihr aber bereits kurz nach dem Tod aufgetreten sind. Sie selbst fühlt sich schuldig an dem Tod ihrer Mutter, da sie ihr dringend zu der Operation geraten hatte. Sie ist der festen Überzeugung, dass die Mutter ohne den Eingriff noch am Leben wäre. Um sich zu entlasten und abschalten zu können, beginnt Frau L. nach dem Tod der Mutter verstärkt Alkohol zu trinken. Ihren Tageskonsum gibt sie mit 10-15 Flaschen Bier an, wobei sie schon morgens mit dem Trinken beginnt, um nicht so zu zittern und oftmals zusätzlich auch Wein und Schnaps konsumiert. Hinzu kommt, dass das Elternhaus wenig später verkauft wird, um das Erbe unter den Geschwistern aufzuteilen, wodurch der Alkoholkonsum und die traurigen Verstimmungszustände bei der Klientin weiter zunehmen. Als sie dann noch in Mietrückstände für ihre neue Wohnung gerät und die Räumungsklage droht, sei sie des Lebens völlig überdrüssig gewesen und habe den Suizidversuch unternommen. Während des Klinikaufenthaltes war sie gedanklich sehr auf die bestehenden sozialen Konfliktsituationen fixiert und zeigte sich reaktiv depressiv verstimmt. Trotz enger ambulanter Betreuung kam es kurze Zeit später zu einem wiederholten Suizidversuch und einer erneuten Einweisung in die Psychiatrie. Nach dem ersten Klinikaufenthalt war Frau L. wieder in ihr vorheriges Konsummuster zurückgefallen. Vor dem Abend der geplanten Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit, habe sie zusätzlich zum Alkohol 40-50 Tabletten Aponal, die ihr zum Schlafen verschrieben worden waren, eingenommen. Sie gibt an, dass sie zu Hause alleine einfach nicht zurechtgekommen sei. In der Klinik macht sie nach kurzer Zeit zwar wieder einen ausgeglichenen Eindruck, hinter der Fassade bricht jedoch immer wieder Wut und Trauer über den Verlust der Mutter und über die Haltung der Geschwister im Erbstreit hervor. Frau L. leidet verstärkt unter

Alpträumen. Sie kann keine Tränen zulassen, und leidet zugleich darunter nicht weinen zu können. Bei den kleinsten Misserfolgen reagiert sie impulsiv und ungesteuert. Nach dem zweiten Klinikaufenthalt begibt sich Frau L. in eine dreimonatige Alkoholentwöhnungstherapie und lebt seit dem nach eigenen Angaben abstinent. In den folgenden zwei Jahren kommt es wiederholt zu stationären Aufenthalten, da sich aufgrund der nun bestehenden Arbeitslosigkeit und der damit verbundenen Struktur- und Kontaktlosigkeit eine ausgesprochene depressive Verstimmung mit Antriebsarmut, Interessenlosigkeit, Ängstlichkeit und Schlafstörungen bei der Klientin entwickelt hatte. Eine langzeitliche medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva wurde eingeleitet und ambulant durch eine Fachärztin weitergeführt. Die Symptomatik verschlechtert sich jedoch zunehmend, so dass wieder die Gefahr eines Suizids besteht und Frau L. durch die Hausärztin in die Klinik eingewiesen wird. Sie ist sehr unruhig und ängstlich, wobei sich die Angstanfälle zeitweise bis hin zu Panikattacken auswachsen. In ihren Träumen trete die Mutter an ihr Bett und verlange von ihr, nachzukommen und sich das Leben zu nehmen. Sie komme darüber immer wieder ins Grübeln und erlebe zu Hause auch die Anwesenheit ihrer verstorbenen Mutter im Zimmer. Sie sieht diese im Sessel sitzen. Sie habe vermehrt Suizidgedanken, die meistens in der Nacht auftreten. In Gedanken habe sie bereits verschiedene Möglichkeiten durchgespielt, wie sie sich das Leben nehmen will. Sie habe nach der letzten stationären Behandlung ihre Tabletten nur unregelmäßig eingenommen, um sich einen Vorrat für einen späteren Suizid anzulegen. Um die Angst zu bewältigen konsumiere sie auch wieder Alkohol. Im weiteren Verlauf verbessert sich der depressive Zustand von Frau L. immer nur über einen kurzen Zeitraum. Besonders zum Todestag und Geburtstag der Mutter verschlimmert sich ihre Symptomatik wieder, so dass sie sich häufig in die Klinik einweisen lässt. Zeitweise ritzt sie sich auch an den Unterarmen.

### Diagnose

F 33.2 Rezidivierende Depressive Störung

F 60.3 Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung

F 10.20 Alkoholabhängigkeit

Wie der im Vorfeld beschriebene Fall bereits zeigt, können also bei einem Menschen zwei oder mehrere Erkrankungen gleichzeitig auftreten und diagnostiziert werden. Dieses Phänomen wird im Allgemeinen als Doppel- oder Mehrfachdiagnose bezeichnet. Fachsprachlich wird das voneinander unabhängige Auftreten von mindestens zwei Störungen unter dem Begriff Komorbidität zusammengefasst, wobei das parallele Vorkommen einer psychischen Erkrankung und einer Substanzabhängigkeit wiederum eine spezielle und abzugrenzende Form von Komorbidität ist.<sup>2</sup>

Lange Zeit wurde diese Art der Doppelerkrankung in Deutschland lediglich als Randerscheinung registriert, so dass ihr auf wissenschaftlichem und therapeutischem Gebiet keine große Beachtung geschenkt wurde. Der Anstoß, der zu einer intensiveren Beschäftigung mit dieser Problematik führte, ging in Deutschland hauptsächlich vom Bereich der Suchtkrankenversorgung aus. Im Gegensatz zum klinischen Zweig der Psychiatrie, die den Missbrauch von Alkohol bei ihren Patienten allenfalls als sekundäres, leicht unter Kontrolle zu bringendes Problem ansahen, stießen Institutionen der Suchtkrankenversorgung und psychiatrische Übergangseinrichtungen bei Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit und einer gleichzeitig bestehenden psychischen Störung hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten an ihre Grenzen. Somit wurden die Betroffenen für die Therapieangebote zumeist als nicht geeignet eingestuft und ausgeschlossen. Aufgrund dieses Ausschlusses wurde man sich hier aber auch der Gefahr einer Unterversorgung dieser Patientengruppe bewusst und wies darauf hin.<sup>3</sup>

Verstärkt in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses geriet die Thematik Doppeldiagnose auch durch die Einführung der beiden internationalen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV. Diese ermöglichten nun bei einer vorliegenden Symptomatik mehrere Diagnosen zu stellen, anstatt alle Krankheitsmerkmale auf nur eine Grundstörung zurückzuführen.<sup>4</sup>

## **2.1 Besondere Merkmale bei Menschen mit Doppelproblematik**

Betrachtet man die im ersten Kapitel beschriebenen Symptome der einzelnen Störungsbilder und die sich daraus ergebenden Folgen, bedeutet bereits

---

<sup>2</sup> Moggi, 2007, S. 15

<sup>3</sup> Schwoon/Krausz, 1994, S. 7-9

<sup>4</sup> Moggi/Donati, 2004, S. 2

eine einzelne Diagnose einen schwerwiegenden Einschnitt in das Leben des Betroffenen. Eine doppelte Erkrankung stellt somit also auch eine Verdopplung der Belastung und der Probleme für den kranken Menschen dar.<sup>5</sup>

Auffällig ist, dass Menschen mit Doppelproblematik häufig aus stark zerrütteten familiären Verhältnissen stammen und ihre Kindheit und Jugendzeit zum großen Teil in Heimen verbracht haben. Auch in der Schule und Berufsausbildung kam es bei ihnen immer wieder zu Konflikten, so dass die Schule und Lehre oft nicht abgeschlossen wurden. In Folge dessen sind bei dieser Klientengruppe Arbeitslosigkeit, Probleme in der Arbeitsstelle oder ein ständiger Arbeitsplatzwechsel häufig. Man geht davon aus, dass es im Zuge der Persönlichkeitsentwicklung zu erheblichen Defiziten gekommen ist. Die Selbstständigkeit und damit auch die notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten, um sich selbst zu versorgen, sind zumeist unterentwickelt, was sich in vielen Fällen auch im äußeren Erscheinungsbild widerspiegelt. Doppeldiagnosebetroffene machen oftmals einen ungepflegten oder verwahrlosten Eindruck. Sie sind ebenfalls kaum in der Lage soziale Kontakte zu knüpfen, zu vertiefen und dauerhaft aufrecht zu erhalten, was den therapeutischen Zugang natürlich zusätzlich erschwert. Auch verfügen sie meistens über eine negative Selbstwahrnehmung und damit verbunden ein geringes Selbstwertgefühl.<sup>6</sup> Untersuchungen ergaben, dass insbesondere von einer Schizophrenie Betroffene, die zusätzlich einen stofflichen Missbrauch betreiben, durchschnittlich früher erkranken als Menschen, die nur an einer psychischen Störung leiden. In der Folge bedeutet das wiederum, dass diese Personen auch viel früher mit psychiatrischen Institutionen in Kontakt kommen und hospitalisiert werden.<sup>7</sup>

Schwoon erwähnt in diesem Zusammenhang Liebermann und Bauers (1990), die die Annahme vertreten, dass schizophrene Menschen einer erhöhten Anfälligkeit unterliegen zusätzlich einen Missbrauch von Substanzen zu betreiben. Durch die sozialen Folgen wie existenzielle Probleme und Isolation, die durch die Störung auftreten, nehmen die Betroffenen oft die Hilfe öffentlicher Einrichtungen in Anspruch, wobei sie hier mit einem Personenkreis zusammentreffen, in dem Alkohol und dessen Konsum weit verbreitet

---

<sup>5</sup> vgl. Kuntz, 2007, S. 167f.

<sup>6</sup> Schwoon, 1994, S. 136

<sup>7</sup> Krausz/Schwoon/Degkwitz, 1994, S. 92f.

und toleriert sind. Insgesamt scheint es, dass schizophrene Kranke besonders häufig Alkohol, Cannabis, Stimulanzien und Halluzinogene, z.B. LSD, zu sich nehmen, von Substanzen mit sedierender oder narkotisierender Wirkung aber eher kaum Gebrauch machen.<sup>8</sup>

Die Gründe, warum gerade psychisch Kranke oft auch Alkohol oder andere Drogen konsumieren sind sehr vielschichtig. Hauptsächlich geben Betroffene aber an, dass es zu einer Abschwächung der Negativsymptomatik, bspw. Angst- und Verstimmungszustände, Antriebsstörungen und Schlafstörungen. Die eigentlichen psychotischen Symptome oder die Wirkung von Neuroleptika erscheinen nach subjektiver Wahrnehmung zumindest teilweise erträglich.<sup>9</sup>

Grundsätzlich lässt sich jedoch feststellen, dass eine Doppeldiagnose die nicht richtig oder unzureichend behandelt wurde fast immer ungünstig verläuft und zu einem chronischen Leiden wird.<sup>10</sup>

## 2.2 Diagnostik

Der erste Schritt, um bei einer Person mit einer psychotischen Symptomatik eine mögliche Suchtstoffabhängigkeit zu ermitteln oder auszuschließen, erfolgt über spezielle Screening-Verfahren, welche mittlerweile standardmäßig im Hinblick auf die Diagnosestellung durchgeführt werden. Diese Verfahren finden vor allem in Notaufnahmen von Allgemeinkrankenhäusern, psychiatrischen Kliniken oder während einer bereits bestehenden psychiatrischen Behandlung statt. Insgesamt also in Situationen, in denen sich der Betroffene in einer akuten Phase seiner Krankheit befindet. Beim Screening wird hauptsächlich durch Interviewverfahren versucht, mittels Selbst- und Fremddangaben Informationen über das momentane oder frühere Konsumverhalten eines Patienten hinsichtlich psychotroper Substanzen zu sammeln. Natürlich kann auf der Grundlage dieser Screening-Verfahren allein noch keine Diagnose gestellt werden, sondern sie sind lediglich die anfänglichen Maßnahmen in einer umfassenden Abklärungsphase der Problematik. Gerade bei Menschen mit einer akuten psychotischen Symptomatik stoßen diese Verfahren auch oft an ihre Grenzen. Die Personen sind häufig krankheitsbedingt nicht in der

---

<sup>8</sup> Schwoon, 1994, S. 134f.

<sup>9</sup> Noordsy et al., 1994, S. 102-104

<sup>10</sup> Moggi/Donati, 2004, S. 11

Lage sich auf ein längeres Gespräch zu konzentrieren oder Zusammenhänge zu erfassen. Ein weiterer, oft kritizierter Punkt ist ferner, dass der Fokus vieler Befragungen zumeist auf die Menge der konsumierten Substanz gerichtet ist. Da psychisch Kranken aber oft schon bei der Einnahme von geringen Mengen verstärkt auf die Substanz ansprechen, sind diese Verfahren eher unangemessen und nicht besonders aussagekräftig. Neben diesen Interviewverfahren und Fragebogentests werden ergänzend auch labortechnische Analysen durchgeführt, in denen z.B. Blut und Urin auf einen möglichen Substanzkonsum hin untersucht werden.<sup>11</sup>

Um nun eine doppelte Erkrankung zu diagnostizieren, muss abgeklärt werden, ob die psychischen Krankheitssymptome nicht die direkte Folge einer akuten Alkoholintoxikation oder Gegenstand eines Alkoholentzugssyndroms sind. Wichtig ist hierbei, dass der Patient während des Diagnosezeitraums keinen Alkohol zu sich nimmt. Sind die psychischen Symptome bereits vor dem Beginn des Alkoholgebrauchs aufgetreten oder klingen diese Symptome auch nach längeren Phasen der Abstinenz nicht ab, kann man davon ausgehen, dass es sich nach DSM-IV nicht um eine Substanzindizierte Störung handelt. Treten die psychotischen Symptome erstmalig auf liegt ein Augenmerk in der Unterscheidung zwischen substanzindizierter oder primärer psychischer Störung auch auf dem Vergleich zwischen dem momentanen Alter des Betroffenen und dem für die psychische Störung im Durchschnitt typischen Erkrankungsalter. Eine doppelte Diagnose besteht jedoch auch dann, wenn aufgrund eines Alkoholmissbrauchs einzelne Symptome einer bereits bestehenden psychischen Erkrankung verschlimmert werden. Des Weiteren liegt eine Doppeldiagnose ebenfalls vor, wenn die psychische Störung indirekt durch den langjährigen Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen hervorgerufen wurde. Beispielsweise geht ein langjähriger Alkoholkonsum oft auch mit Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens einher. In Folge dessen neigen viele Betroffene dazu, sich aus ihrem sozialen Umfeld zurückzuziehen und zu isolieren, was seinerseits wiederum in einer Depression enden kann.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Brodbeck, 2007, S. 167-169

<sup>12</sup> Moggi/Donati, 2004, S. 15-17

## 2.3 Erklärungsansätze

Es wurden auf wissenschaftlichem Gebiet viele Vorschläge hinsichtlich verursachender Faktoren gemacht, die als Begründung für die Entstehung einer Doppeldiagnose eine Rolle spielen könnten. Es gibt drei allgemein anerkannte Modelle, die Erklärungsansätze für die erhöhte Komorbidität von psychischen Störungen und Suchtmittelabhängigkeit liefern sollen. Beachtet werden sollte dabei stets, dass je nach Art der psychischen Störung und unter Berücksichtigung der einzelnen Person verschiedene oder mehrere Modelle zutreffen können.<sup>13</sup>

### 2.3.1 Modelle gemeinsamer Faktoren

Hierbei geht es um die Annahme, dass es zur Entwicklung einer Doppeldiagnose kommt, weil das Erkrankungsrisiko einer Störung gleichzeitig auch die Anfälligkeit für die andere Störung erhöht. In diesem Zusammenhang stellte man die Theorie auf, dass Komorbidität auf eine genetische Grundlage zurückzuführen ist. In verschiedenen Familien- und Zwillingsstudien wurde herausgefunden, dass sowohl für die Entstehung von psychischen Störungen sowie von Alkoholabhängigkeit genetische Faktoren eine Rolle spielen. Diese Tatsache legt die Vermutung nahe, dass auch das Auftreten beider Störungsbilder genetisch dispositioniert sein könnte. Bei den Ergebnissen dahingehender Studien kristallisierte sich aber vielmehr heraus, dass gemeinsame genetische Faktoren die hohen Raten von Komorbidität nicht erklären können.<sup>14</sup>

In neueren Forschungen hinsichtlich eines gemeinsamen Faktors wird als Ursache auch dem Vorliegen einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung genauer nachgegangen. Viele Untersuchungen stellten übereinstimmend fest, dass eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung oft mit Substanzabhängigkeit sowie mit schweren psychischen Störungen, wie Schizophrenie, in einem starken Zusammenhang steht und eine erhöhte Komorbiditätsrate aufzeigt. Zusätzlich dazu weisen Mehrfachdiagnosebetroffenen mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung einen schwereren Verlauf der psychischen Störung und der Abhängigkeitserkrankung auf. Der Konsum der Substanz beginnt

---

<sup>13</sup> Mueser/Brunette/Drake, 2007, S. 110

<sup>14</sup> Mueser/Brunette/Drake, 2007, S. 111f.



hier meist schon im jungen Alter und erfolgt in großen Mengen. Zudem kommen diese Personen in Bezug auf Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit sehr häufig aus vorbelasteten Familien. Auch die sozialen Probleme, z.B. Konflikte mit dem Gesetz und Beeinträchtigungen, sind schwerwiegender.<sup>15</sup>

Unabhängig davon, können möglicherweise auch andere Komponenten die Wahrscheinlichkeit, zusätzlich zu einer psychischen Störung auch an einer Suchtmittelabhängigkeit zu erkranken, erhöhen. So weisen etwa Menschen mit einem niedrigen sozialen Status öfter eine Alkoholabhängigkeit auf als Personen, die der Mittel- oder Oberschicht angehören. Auch schizophrene Kranke kommen häufig aus einem schlechten Elternhaus, haben eine schlechte Schulbildung sowie eine schlechte oder gar keine Berufsausbildung und leben oftmals in Armut. Dies könnte also ein gemeinsamer Grund für die Entstehung einer Doppeldiagnose sein. Neben dieser Hypothese sind aber auch andere Faktoren, wie z.B. geringe kognitive Fähigkeiten, denkbar.<sup>16</sup>

### **2.3.2 Modelle der sekundären Substanzabhängigkeit**

Unter den Modellen der sekundären Substanzabhängigkeit werden verschiedenen Thesen zusammengefasst. Hierzu zählt die Annahme, dass Personen mit einer psychischen Störung bewusst Substanzen mit entweder dämpfender oder stimulierender Wirkung konsumieren, um ganz bestimmte Symptome der Krankheit oder Nebenwirkungen von verschriebenen Neuroleptika zu mildern, was auch als Selbstmedikation bezeichnet wird.<sup>17</sup>

Dabei können die Suchtmittel durchaus erfolgreich über einen kurzen Zeitraum zur Selbstmedikation von dem Betroffenen eingesetzt werden, ohne dass sich eine Abhängigkeit entwickelt. Auf langer Sicht führt der missbräuchliche Umgang aber zu schweren Problemen. Doppeldiagnosebetroffene geben zwar häufig an, dass durch Alkohol oder andere Substanzen einige Symptome oder Probleme abgeschwächt werden, die Wahl des Suchtmittels steht dabei aber nicht in Beziehung mit der diagnostizierten psychischen Störung. Es ist eher so, dass die Auswahl der Substanz mit deren Verfügbarkeit

<sup>15</sup> Gouzoulis-Mayfrank, 2007, S. 19

<sup>16</sup> Mueser/Brunette/Drake, 2007, S. 114f.

<sup>17</sup> Gouzoulis-Mayfrank, 2007, S. 7f.

zusammenhängt. Die Hypothese der Selbstmedikation konnte auch in Studien nicht direkt untermauert werden.<sup>18</sup>

Eine ähnliche, aber allgemeinere Sichtweise besteht beim Affektregulationsmodell. Die Idee des Modells besteht darin, dass Menschen mit psychischen Störungen genau wie Substanzabhängige psychotrope Substanzen anfänglich zu sich nehmen, um sich besser zu fühlen. Aufgrund des missbräuchlichen Umgangs mit der Substanz entwickelt sich dann im Laufe der Zeit eine Abhängigkeitserkrankung. Besonders psychisch Kranke erleben häufig negative Gefühle, z.B. Angst, Traurigkeit oder Einsamkeit und sind somit für eine Suchtmittelabhängigkeit quasi prädestiniert. Im Gegensatz zur Selbstmedikationstheorie wählen die Betroffenen hier das Suchtmittel aber nicht nach spezifischen Kriterien aus.<sup>19</sup>

Einen dritten möglichen Erklärungsansatz für die erhöhte Komorbidität von psychischen Störungen und Substanzabhängigkeit liefert das Modell der multiplen Risikofaktoren, welches wiederum das Affektregulationsprinzip mit einbezieht. Es wurde herausgefunden, dass bestimmte ungünstige persönliche und soziale Konstellationen, bspw. kognitive und emotionale Beeinträchtigungen oder Armut, das Risiko an einer Substanzabhängigkeit zu erkranken erhöhen. Die gleichen negativen Faktoren treten oftmals auch in Folge einer psychischen Störung auf und könnten deshalb eine Motivation für den Substanzmissbrauch darstellen.<sup>20</sup>

Ferner gehört zu den Modellen der sekundären Substanzabhängigkeit das Supersensitivitätsmodell. Es basiert auf der Grundannahme des Vulnerabilitäts-Stress-Modells, welches seinerseits die Entwicklung von Schizophrenien erklären soll. Es besagt, dass die Personen aufgrund genetischer Faktoren und traumatischer frühkindlicher Ereignisse, bspw. während der Geburt, eine erhöhte Vulnerabilität für eine psychische Störung haben. Sind diese Personen dann noch anderen negativen Faktoren, z.B. belastende Umweltbedingungen, ausgesetzt, kann dadurch der Ausbruch der Krankheit ausgelöst werden. In Bezug auf die Komorbidität psychischer Störung und Alkoholabhängigkeit bedeutet diese Vulnerabilität, dass die Betroffenen bereits durch die Einnahme von geringen Mengen des Suchtmittels eine Abhängigkeit

---

<sup>18</sup> Mueser/Brunette/Drake, 2007, S. 116

<sup>19</sup> Mueser/Brunette/Drake, 2007, S. 117

<sup>20</sup> Mueser/Brunette/Drake, 2007, S. 117f.

entwickeln können. Die Betroffenen unterliegen also, biologisch bedingt, einer erhöhten Sensitivität gegenüber der Wirkung und der Folgen von Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen. Die Beobachtung, dass bei Menschen mit einer schweren psychischen Störung oft bereits wenige Mengen des Suchtmittels ausreichen, um negative Effekte herbeizuführen, unterscheidet sie von der Allgemeinbevölkerung. Jedoch entwickeln sie dadurch, dass sie meist geringere Mengen konsumieren, auch seltener eine körperliche Abhängigkeit.<sup>21</sup>

### **2.3.3 Modelle der sekundären psychischen Störung**

Bei diesem Modell wird in Betracht gezogen, dass sich aufgrund einer Substanzabhängigkeit oder eines missbräuchlichen Konsums von Substanzen eine psychische Störung entwickeln kann. Bei den diesbezüglich geführten Diskussionen stand aber hauptsächlich die Wirkweise von Stimulanzien, Halluzinogenen und Cannabis auf den Menschen im Mittelpunkt. Die Einnahme dieser Drogen kann Effekte hervorbringen, die Merkmalen einer psychischen Störung ähnlich sind. Dass aber eine Substanzabhängigkeit nachweislich auch erst entstehen kann, wenn bereits eine psychiatrische Erkrankung vorhanden ist, macht dieses Modell nur für einen Teil der Doppeldiagnosebetroffenen anwendbar.<sup>22</sup>

Es besteht zudem die Möglichkeit, dass bei Personen mit einem erhöhten psychobiologisch begründeten Anfälligkeitsrisiko für eine psychische Krankheit durch eine Suchtmittelabhängigkeit diese psychische Störung auslöst wird. Es ist jedoch nicht bewiesen, dass diese Personen, hätten sie keinen pathologischen Substanzkonsum betrieben, die psychische Erkrankung nicht ausgebildet hätten.<sup>23</sup>

## **2.4 Epidemiologie**

Obwohl man davon ausgehen kann, dass Doppeldiagnosen eher die Regel als die Ausnahme sind, stellen sie die Forschung und damit die Ermittlung von repräsentativen Prävalenzdaten vor einige Schwierigkeiten. In manchen Studien beruhen die Untersuchungen nicht auf diagnostizierten Störungen

---

<sup>21</sup> Mueser/Brunette/Drake, 2007, S. 118f.

<sup>22</sup> Mueser/Brunette/Drake, 2007, S. 122

<sup>23</sup> Mueser/Brunette/Drake, 2007, S. 125f.

nach DSM-IV oder ICD-10, sondern lediglich auf bestimmten Symptomen oder Symptomgruppen. Da aber eine Komorbidität nur auf der Grundlage der diagnostizierten Störungen existieren kann, sind solche Untersuchungen zwar informativ aber hinsichtlich einer Doppeldiagnose nicht aussagekräftig. Ein weiteres Problem ist, dass es aus ätiologischer Sicht für die einzelnen psychischen Störungen und der Suchtmittelabhängigkeit bei einer Person unterschiedliche Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge gibt. Auch die Art der verwendeten Messinstrumente, z.B. standardisierte Interviewverfahren, selbstanamnetische Fragebögen oder klinische Beurteilungen, können die Ergebnisse enorm beeinflussen und zu Resultaten führen, die stark variieren. Ein anderer Grund, warum die Forschungsergebnisse so unterschiedlich ausfallen können ist, dass die Studien einerseits auf Stichproben der Allgemeinbevölkerung beruhen und zum Anderen an Personen durchgeführt werden, die sich in einer stationären oder ambulanten Therapie befinden. Es liegt auf der Hand, dass eine Doppeldiagnose bei Menschen in therapeutischen Angeboten häufiger anzutreffen ist.<sup>24</sup>

In den vergangenen Jahren wurden eine Reihe von Studien zur Komorbidität von psychischen Störungen und Alkoholabhängigkeit durchgeführt. Viele dieser Untersuchungen beruhen auf klinischen Stichproben bei bereits vorbelasteten Personen und sind somit sehr einseitig und diskutierbar. Die wichtigsten und umfassendsten Studien bei denen das Vorkommen von Doppeldiagnosen in der Allgemeinbevölkerung untersucht wurde, sind die in der Fachliteratur am häufigsten aufgeführte ECA-Studie (Epidemiological Catchment Area Programm) von Robins und Regier 1991 und deren Nachfolger NCS (US-National Comorbidity Survey) von Kessler et al. 1994, auf deren Daten sich auch spätere Studien beziehen.<sup>25</sup>

Schon die zu Beginn der 90iger Jahre durchgeführte ECA-Studie bestätigte in ihren Ergebnissen, dass ein enger Zusammenhang zwischen Störungen durch Alkoholkonsum und anderen psychischen Störungen besteht. 45% der Probanden wiesen zusätzlich zur bereits diagnostizierten Alkoholabhängigkeit oder zum Alkoholmissbrauch eine psychische Krankheit oder eine ande-

---

<sup>24</sup> Moggi, 2007, S. 19-22

<sup>25</sup> Lieb/Isensee, 2007, S. 27f.

re Substanzstörung auf. Im Gegensatz dazu lag bei den Personen, die keine Alkoholabhängigkeit oder einen Missbrauch aufwiesen, die Lebenszeitprävalenz für eine psychische Störung nur bei 22%. Die von Kessler et al. durchgeführte NCS-Studie ermittelte sogar noch höhere Lebenszeitprävalenzen für weitere psychische Störungen oder Substanzstörungen. Der Anteil der Männer lag hier bei 78%. Bei den Frauen wurden 86% festgestellt. Bei bestehendem Alkoholmissbrauch wurde beim männlichen Geschlecht eine Quote von 57% ermittelt und bei den Frauen eine von 72%.<sup>26</sup>

Werden Menschen mit einer Doppeldiagnose nicht oder nur unzureichend behandelt, kommt es meistens zu einem ungünstigen Krankheitsverlauf, der häufig mit wiederholten Klinikeinweisungen einhergeht. Im Gegensatz zu Menschen mit nur einer Diagnose verweilen Doppeldiagnosebetroffene länger und häufiger in ambulanten oder stationären Behandlungsangeboten. Hierbei wechseln sich suchtspezifischen Interventionen mit therapeutischen Maßnahmen für psychische Störungen immer wieder ab, ohne dass es zu einer langfristigen Verbesserung der Problematik kommt.<sup>27</sup>

#### **2.4.1 Affektive Störungen und Alkoholabhängigkeit**

Für affektive psychische Störungen zeigte sich in der ECA-Studie, dass eine relativ hohe Komorbidität mit Alkohol- oder Drogenmissbrauch besteht. So wiesen 32% der Befragten zumindest eine Form von Substanzmissbrauch auf. Besonders hoch war hierbei die Prävalenzrate bei den Personen, die unter einer bipolaren Störung litten. Die Quote für Drogenmissbrauch lag bei 60,7%. Wiederum 46,2% davon allein für Alkoholmissbrauch. Für Menschen mit einer manisch depressiven Störung wurde im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein lebenszeitbezogenes Risiko für eine zusätzliche Alkoholabhängigkeit oder einen Missbrauch von 6,2% ermittelt. Bei einer bestehenden Depression war das Risiko für eine Lebenszeitprävalenz um 1,7 % erhöht.<sup>28</sup>

Hinsichtlich einer bestehenden Doppeldiagnose affektiver Störung und Alkoholabhängigkeit konnte Kessler et.al. in der ICPE-Studie aufzeigen, dass sich bei 52,1% der Frauen vor der Alkoholabhängigkeit zuerst die depressive Er-

---

<sup>26</sup> Lieb/Isensee, 2007, S. 32f.

<sup>27</sup> Moggi/Donati, 2004, S. 11

<sup>28</sup> Soyka, 1995, S. 121

krankung zeigt. Bei den Männern zeichnet sich jedoch ein gegensätzliches Bild ab. Bei 49,5% bestand die Alkoholstörung vor der Depression.<sup>29</sup>

Der Verlauf einer affektiven Störung ist aufgrund der Alkoholstörung eher ungünstig, so dass es häufig zu einer Chronifizierung des psychischen Leidens kommt.<sup>30</sup> Hinsichtlich des Verlaufs der Alkoholabhängigkeit wurde festgestellt, dass durch das Vorliegen von einer komorbiden depressiven Störung auch die alkoholbedingten Probleme einen schwerwiegend negativen Verlauf nehmen.<sup>31</sup>

### **2.4.2 Schizophrenien und Alkoholabhängigkeit**

In der großangelegten ECA-Studie, die in verschiedenen Einrichtungen durchgeführt wurde, stellte man fest, dass bei 47% der Personen, die an einer Schizophrenie leiden, zusätzlich auch eine Substanzabhängigkeit oder ein Substanzmissbrauch vorlag.<sup>32</sup>

Für die schizophrenen Personen betrug die Lebenszeitprävalenz für eine Alkoholabhängigkeit oder einen Alkoholmissbrauch dabei 33,7%. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wurde bei den alkoholkranken Personen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für eine Schizophrenie von 3,8% ermittelt. Bei den Befragten mit einer anderen Substanzabhängigkeit lag das Risiko für eine mögliche Schizophrenie sogar bei 6,8%.<sup>33</sup>

Die Auswertungen der NCS-Studie zeigten später, dass bei psychisch Kranken die Lebenszeitprävalenz für eine Suchtmittelabhängigkeit bei 51% liegt. Die Rate der Prävalenz innerhalb eines Jahres beträgt 15%. Bei jüngeren Untersuchungen in Institutionen der ambulanten oder stationären Versorgung schwankt die Anzahl der Doppeldiagnosebetroffenen, aufgrund von unterschiedlichen Untersuchungsmethoden und Einrichtungsmerkmale, zwischen 20 und 90%. Obwohl diese Studien vorwiegend in den USA durchgeführt wurden, dürfte sich die Problematik im europäischen Raum ähnlich darstellen.<sup>34</sup>

---

<sup>29</sup> Lieb/Isensee, 2007, S. 46f.

<sup>30</sup> Gastpar/Mann/Rommelspacher, 1999, S. 86

<sup>31</sup> Lieb/Isensee, 2007, S. 38

<sup>32</sup> Kraus/Schwoon/Degkwitz, 1994, S. 80

<sup>33</sup> Gouzoules-Mayfrank, 2007, S. 3

<sup>34</sup> Moggi, 2007, S. 16f.

Bei schizophrenen Kranken mit einem diagnostizierten Substanzmissbrauch bricht die psychische Störung im Gegensatz zu Schizophrenen ohne Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik deutlich früher aus. Kennzeichnend ist auch ein schwererer Verlauf der Psychose als es bei vergleichbaren Gruppen der Fall ist. Zudem geht die Doppelproblematik häufig mit einer erhöhten Suizidalität und aggressivem Verhalten einher.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Krausz/Schwoon/Degkwitz, 1994, S. 83

### **3. Die Versorgung von Doppeldiagnosebetroffenen**

Das folgende Kapitel widmet sich der Versorgung und Behandlung von Menschen mit einer doppelten Diagnose. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes und den Schwierigkeiten, die sich aufgrund der Störungsbilder in dieses Arbeitsfeld ergeben.

#### **3.1 Schwierigkeiten bei der Versorgung**

Wenn gleich auch die Erforschung der Doppeldiagnoseproblematik auf wissenschaftlichem und klinischem Gebiet in den letzten 20 Jahren enorm angestiegen ist und neue Erkenntnisse erlangt wurden, gestaltet sich die adäquate Versorgung und Behandlung für diese Klientengruppe doch immer noch schwierig.<sup>1</sup> Das liegt unter anderem daran, dass Alkoholabhängige und psychisch kranke Menschen in jeweils unterschiedlichen und von einander getrennten Institutionen des Versorgungssystems betreut werden. Die Systeme der Suchtkrankenversorgung und der Versorgung psychisch Kranker haben über Jahrzehnte hinweg ihre Therapieangebote spezialisiert und auf ein bestimmtes Klientel, also entweder Substanzabhängige oder Menschen mit psychischen Störungen, ausgerichtet. Diese Spezialisierung hat den Effekt, dass beide Orientierungen nur ungern Patienten mit einer Doppeldiagnose in ihre Angebote aufnehmen.<sup>2</sup> Bei der Suchtherapie wird eine totale Abstinenz von den Teilnehmern erwartet, welche durch Blut- oder Atemkontrollen überwacht wird. Der Stil der Behandlung ist konfrontativ und fordernd. Die Therapiegespräche werden hauptsächlich im Rahmen einer Gruppe durchgeführt. Im Gegensatz dazu steht bei der Behandlung von psychischen Störungen die einzelne Person im Vordergrund. Die therapeutischen Sitzungen werden in Form von Einzelgesprächen durchgeführt und sind beschützend und fürsorglich ausgerichtet. Der Missbrauch von Alkohol oder anderen Substanzen spielt eine untergeordnete Rolle oder wird toleriert. Diese widersprüchlichen therapeutischen Grundhaltungen schließen eine Aufnahme von Patienten mit einer Doppeldiagnose quasi aus.<sup>3</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auf der einen Seite das therapeutische Personal im Bereich der Suchtkrankenversorgung bei der Behandlung

---

<sup>1</sup> Moggi/Donati, 2004, S. 1

<sup>2</sup> Moggi, 2007, S. 180

<sup>3</sup> Moggi/Donati, 2004, S. 34f.



von Patienten mit Psychosen überfordert ist, andererseits auch die Doppeldiagnosepatienten häufig mit dem konfrontativen Behandlungsstil und den anderen Mitpatienten nicht zurechtkommen. In psychiatrischen Einrichtungen führt der Alkoholkonsum des Betroffenen dazu, dass vermehrt Kontrollen durchgeführt und Konsequenzen gezogen werden müssen, was eine zusätzliche Belastung sowohl für das Personal, als auch für die Mitpatienten darstellt.<sup>4</sup>

Ein anderer Aspekt ist, dass es aufgrund der Doppelerkrankung bei der Diagnostik häufig zu Unklarheiten kommen kann. Manchmal ist es schwierig zwischen einer substanzindizierten psychischen Störung oder einer wirklichen Doppeldiagnose zu unterscheiden, da die Symptomatik sich oftmals ähnelt. Die richtige Diagnosestellung bildet aber die Grundlage für das weitere therapeutische Vorgehen.<sup>5</sup>

Außerdem erzielen herkömmliche Therapien bei Doppeldiagnosepatienten, wegen deren Besonderheiten, häufig nicht die erwünschten Ergebnisse und werden vermehrt abgebrochen. Hinzu kommt, dass komorbide Personen verstärkt zu Rückfällen in alte Konsummuster neigen.<sup>6</sup>

### **3.2 Behandlungsmodelle für Doppeldiagnosen**

In der Vergangenheit folgte man bei der Behandlung von Menschen mit der doppelten Diagnose, psychische Störung und Alkoholabhängigkeit, dem Konzept der sequenziellen therapeutischen Maßnahmen. Das sequenzielle Modell arbeitet nach dem Ansatz, dass zunächst nur eine der beiden Störungen in einer spezialisierten Einrichtung behandelt wird. Im darauf folgenden Schritt in einer anderen fachspezifischen Institution erfolgt die Behandlung der zweiten Erkrankung.

Im Gegensatz dazu steht das parallele Modell. Parallel bedeutet, dass beide Störungen gleichzeitig behandelt werden. Beispielsweise kann die Behandlung der psychischen Störung ambulant oder teilstationär erfolgen und parallel dazu auch eine Suchtberatungsstelle aufgesucht werden. Jedoch werden auch hier beide Versorgungssysteme getrennt voneinander genutzt. Das bedeutet im gleichen Atemzug, dass der Betroffene wieder mit zwei unter-

---

<sup>4</sup> Gouzoulis-Mayfrank, 2007, S. 29

<sup>5</sup> Moggi/Donati, 2004, S. 35

<sup>6</sup> Moggi, 2007, S. 180

schiedlichen Behandlungsstilen und unterschiedlichen Zielsetzungen konfrontiert wird. Für den Klienten kann sich das wiederum verwirrend darstellen und zu einer Überforderung führen.<sup>7</sup>

Für die Versorgung von Doppeldiagnosebetroffenen haben sich jedoch Behandlungsstrategien nach dem integrativen Modell als am Wirksamsten erwiesen. Hierbei werden sowohl suchtherapeutische Komponenten als auch Maßnahmen der psychiatrischen Behandlung miteinander kombiniert und auf den Einzelfall abgestimmt. Integration bedeutet in diesem Zusammenhang also, dass die jeweiligen Strategien so zu modifizieren sind, dass sie dem Betroffenen zur Bewältigung beider Störungen Hilfe bieten. Für das Behandlungsteam ergibt sich daraus, dass sie in einem gemeinsamen Setting zusammenarbeiten müssen, um dem Klienten ein in sich stimmiges und einheitliches Behandlungsprogramm anbieten zu können.<sup>8</sup>

### **3.3 Die integrative Behandlung**

Die bisher entwickelten Pilotmodelle für eine integrative Behandlung von Doppeldiagnosen sind noch nicht empirisch auf ihre positive Wirkung hin untersucht worden. Die unkontrollierten Verlaufsstudien belegen jedoch, dass durch eine integrative Behandlungsweise bei Doppeldiagnosen bessere Ergebnisse erzielt werden können. Bei allen Modellen lassen sich entsprechende Gemeinsamkeiten feststellen.<sup>9</sup>

Die Programme der integrativen Behandlung werden von einem multiprofessionellen Team in einem überwiegend ambulanten Rahmen durchgeführt. So besteht die Möglichkeit, den Betroffenen auch außerhalb von Einrichtungen in seiner Häuslichkeit aufzusuchen und zu betreuen. Für eine erfolgreiche Behandlung muss eine enge Zusammenarbeit mit dem Klienten als auch innerhalb des Hilfesystems gegeben sein. Ferner sind die Programme auf einen langfristigen Zeitraum ausgelegt, da gerade Menschen mit Doppeldiagnose häufig zu Trinkrückfällen neigen oder akute psychotische Symptome bei ihnen wiederkehren. Es dauert oftmals Jahre, bis sich durch die Behandlung kleine Fortschritte abzeichnen. Ein wesentliches Merkmal eines integra-

---

<sup>7</sup> Gouzoulis-Mayfrank, 2007, S. 30

<sup>8</sup> Drake/Mueser, 2007, S.205f.

<sup>9</sup> Moggi/Donati, 2004, S. 83

tiven Interventionsprogramms besteht ferner darin, dass die Behandlung in vier Phasen unterteilt ist, die sich wie folgt darstellen.<sup>10</sup>

#### I. Aufbau einer Behandlungsallianz

Viele Menschen mit einer doppelten Diagnose haben bereits Erfahrungen mit verschiedenen Therapien gemacht. Da diese oftmals nicht den gewünschten Erfolg gebracht haben, stehen viele der Betroffenen dem Vorschlag einer weiteren Behandlung eher skeptisch gegenüber oder lehnen sie ganz ab. Um den Betroffenen langsam in das Behandlungsprogramm einzubinden, müssen ihm durch aufsuchende Strategien konkrete Hilfen angeboten werden, z.B. Unterstützung bei Beantragung von Sozialgeldern, Unterstützung bei Behördengängen und Organisation der medizinischen Versorgung. In den Beratungsgesprächen soll sich, durch Informationsvermittlung hinsichtlich der Doppelproblematik, erst einmal ein Problembewusstsein beim Klienten entwickeln.<sup>11</sup>

#### II. Überzeugung und Veränderungsmotivation

Auf der Grundlage der in der ersten Phase geschaffenen Behandlungsallianz soll der Betroffenen nun, durch eine motivierende Beratung, dazu bewegt werden an einer integrativen Therapie teilzunehmen. Um beim Klienten den Willen zur Veränderung zu wecken, werden zusammen die Gründe für die momentane negative Situation erarbeitet, problematische Verhaltensweisen hinsichtlich des Substanzkonsums aufgedeckt und mit den gesetzten Zielen für die weitere Lebensgestaltung verglichen.<sup>12</sup>

#### III. Aktive Behandlung und Verhaltensänderung

Ist der Betroffene nach den ersten beiden Phasen bereit und motiviert etwas zu ändern, werden die therapeutischen Maßnahmen eingeleitet. Die aktive integrative Behandlung umfasst dabei sowohl suchtspezifische Interventionen, z.B. ambulante oder stationäre Entgiftung, even-

---

<sup>10</sup> Krausz/Haasen, 2004, S.111

<sup>11</sup> Moggi/Donati, 2004, S. 56f.

<sup>12</sup> Moggi/Donati, 2004, S. 61f.

tuell medikamentöse Unterstützung um Trinkdruck zu vermeiden sowie Teilnahme an Selbsthilfegruppen und eine individuell abgestimmte Psychotherapie, wie z.B. Training sozialer Kompetenzen sowie Pharmakotherapie. In dieser Behandlungsphase sind Trinkrückfälle keine Seltenheit. Diese müssen im Nachhinein immer aufgearbeitet werden, da der Betroffene so lernen kann, durch welche Situationen und Umstände der Rückfall zustande gekommen ist und welche alternative Strategien zur Vermeidung beitragen. Sollte es jedoch zu langandauernden oder häufigen Rückfällen in alte Konsummuster kommen, ist die aktive Behandlung auszusetzen und erneut die Phase der Überzeugung und Veränderungsmotivation zu beginnen.<sup>13</sup>

#### IV. Rückfallprävention und Gesundheitsförderung

Haben sich bei dem Klienten die beiden Störungsbilder zurückgebildet oder stabilisiert, liegt der Schwerpunkt nun darin, dass der Klient lernen soll, wie er seinen gefestigten Zustand auch zukünftig halten kann. Diesbezüglich werden mögliche Rückfallketten, die erneut eine akute Psychose auslösen können, besprochen und alternative Verhaltensweisen trainiert. Des Weiteren soll der Patient dazu befähigt werden, erste Anzeichen einer wiederkehrenden psychotischen Symptomatik zu erkennen und außerdem Maßnahmen zur Bewältigung der psychischen Problematik einzuleiten, um einen akuten Rückfall in die Doppeldiagnose zu vermeiden. Zusätzlich soll in dieser Phase eine gesunde Lebensführung gefördert werden, z.B. Anregung zur aktiven Freizeitgestaltung, zum Aufbau von neuen Kontakten, Verbesserung bestehender Beziehungen und Erlernen von Methoden zum Stressabbau.<sup>14</sup>

### 3.4 Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi)

Im Zuge der Psychiatrie-Enquete in den 70iger Jahren stellte man fest, dass im Bereich der stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgung erhebliche Mängel bestanden. Es folgte die Forderung nach Errichtung und

---

<sup>13</sup> Moggi/Donati, 2004, S.66f.

<sup>14</sup> Moggi/Donati, 2004, S. 75-82

Ausbau von komplementären und ambulanten Hilfsangeboten für psychisch kranke Menschen. Um eine bestmögliche Rehabilitation zu gewährleisten, sollten diese Hilfen in Form einer therapeutischen Kette zusammenwirken, deren Ausgangspunkt die psychiatrische Klinik darstellte. Die Bemühungen der Klinik sollten durch komplementäre Einrichtungen, z.B. Wohnheime und ambulante Stellen weitergeführt werden. Im ambulanten Bereich sollten multiprofessionelle Teams durch aufsuchende und nachgehende Arbeit die Betreuung für diese Menschen sicherstellen. Aus diesem Grund wurde in einer Konferenz der Gesundheitsminister der Länder der Aufbau von Sozialpsychiatrischen Diensten bei den Gesundheitsämtern beschlossen. Zwischen den einzelnen Ländern können jedoch Unterschiede hinsichtlich der personellen Ausstattung, der Finanzierung oder der Aufgabengebiete bestehen.<sup>15</sup>

Beispielsweise soll, laut Psychiatrieplan des Landes Mecklenburg-Vorpommerns, der SpDi mit einem oder mehreren Sozialarbeitern mit psychiatrischer Erfahrung und einem Fachpfleger bzw. einer Fachschwester für Psychiatrie besetzt werden. Daneben sind aber auch andere Berufsbilder denkbar. Wichtig ist, dass die sozialen und pflegerischen Aufgaben kompetent erfüllt werden können. Die Leitung soll einem Facharzt für Psychiatrie übertragen werden. Die Personalstärke richtet sich nach der Einwohnerzahl des jeweiligen Landkreises. Bei 100.000 Einwohnern müssen mindestens vier Fachkräfte vorhanden sein. Ferner richten sich die Hilfen des SpDi nicht nur an psychisch Kranke, sondern beziehen sich auch auf suchtkranke und behinderte Menschen.<sup>16</sup>

Das Aufgabenspektrum des Sozialpsychiatrischen Dienstes lässt sich im Allgemeinen wie folgt umreißen.<sup>17</sup>

- Beratende Gespräche für Personen, die Hilfe suchen, Gespräche mit Angehörigen und mit Personen aus dem sozialen Umfeld sowie mit Mitarbeitern anderer Hilfseinrichtungen.
- Die Gewährleistung vorsorgender Hilfen, damit bei einer Wiedererkrankung oder bei einer beginnenden Erkrankung rechtzeitig eine ärztliche Behandlung und andere Hilfen in Anspruch genommen werden können und eine stationäre Aufnahme vermieden wird.

---

<sup>15</sup> Brill, 1993, S. 102-105

<sup>16</sup> Der Sozialminister des Landes Mecklenburg-Vorpommern, 1994, S. 6f.

<sup>17</sup> Brill, 1993, S. 119

- Die Gewährleistung nachgehender Hilfen, um nach einem Klinikaufenthalt die Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen
- Für die Erfüllung dieser Aufgaben werden Sprechstunden in den Beratungsstellen angeboten oder die Klienten werden in der häuslichen Umgebung durch einen Mitarbeiter des SpDi aufgesucht.
- Wird der psychisch erkrankte Mensch von mehreren Institutionen behandelt oder betreut, obliegt dem SpDi die Koordination dieser Hilfen.
- Außerdem muss die Zusammenarbeit mit anderen regionalen Diensten und Einrichtungen erfolgen.<sup>18</sup>

Weiterhin zählt zu den Aufgaben des SpDi auch die Wahrnehmung hoheitlicher Maßnahmen wie z.B. Zwangsunterbringungen.<sup>19</sup>

Anschließend werden anhand des im 2.Kapitels bereits aufgeführten Praxisbeispiels die Behandlungsmaßnahmen, die durch den Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) Nordvorpommerns eingeleitet wurden, dargestellt. Die Funktion des SpDi als Bindeglied zwischen den beiden Versorgungssystemen soll dadurch verdeutlicht werden.<sup>20</sup>

Wie bereits erwähnt, kam es von Seiten des SpDi durch die Vermittlung der Psychiatrischen Klinik zur Kontaktaufnahme mit der Klientin. Die Sozialarbeiterin des SpDi suchte Frau L. für die ersten Gespräche im Klinikbereich auf. Frau L. zeigte sich in den Sitzungen anfänglich sehr distanziert und abwartend und sprach nicht gern über sich selbst. Sie äußerte aber, dass sie Hilfe benötige und möchte, da einige soziale Probleme bestehen würden. Beispielsweise drohte der Wohnungsverlust aufgrund von Mietrückständen. Die Räumungsklage hatte sie vom Vermieter schon erhalten. In Gesprächen mit dem Vermieter konnte die Sozialarbeiterin den Wohnungsverlust abwenden und eine Abzahlung der Schulden in Raten ausmachen. In den Beratungsgesprächen mit der Klientin wurden weiterhin Ziele vereinbart, die nach der Entlassung in die Häuslichkeit umgesetzt werden sollten, um die bestehenden sozialen Schwierigkeiten zu bewältigen. Im Vordergrund stand zunächst

---

<sup>18</sup> Brill, 1993, S. 119

<sup>19</sup> Dörner/Plog/Teller, 2002, S. 469

<sup>20</sup> Das Fallbeispiel wurde für diese Arbeit durch den Sozialpsychiatrischen Dienst NVP unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zur Verfügung gestellt.

einmal der Erhalt des Arbeitsplatzes, das Abtragen der Mietschulden und die Vorbereitung auf eine Alkoholentwöhnungsbehandlung. Nach der Entlassung aus der Klinik fanden regelmäßige Hausbesuche durch den SpDi statt. Auch mit dem Arbeitgeber wurde über die besondere Lage von Frau L. gesprochen und über die Wiedereingliederung in den Betrieb nach dem Krankheitsausfall beraten. Der Arbeitgeber zeigte sich dahingehend sehr verständnisvoll, so dass ein Termin für die Wiederaufnahme der Tätigkeit festgelegt werden konnte. In der Zwischenzeit wurde auf Wunsch der Klientin ein Antrag auf eine stationäre Entwöhnungstherapie gestellt. Frau L. konnte aber nach der Zeit in der Klinik nicht abstinent bleiben, so dass sich die psychische Symptomatik wieder verschlechterte und es einen Tag vor dem geplanten Arbeitsantritt zu einem erneuten Suizidversuch kam. Die Schwester von Frau L. fand diese in der Wohnung auf und informierte den Notarzt. Nach der gesundheitlichen Wiederherstellung im Allgemeinkrankenhaus wurde sie für die weitere Behandlung erneut in die Psychiatrie überwiesen. Bei den Besuchen durch die Sozialarbeiterin wurden die Auslöser des Rückfalls reflektiert und die weitere Vorgehensweise besprochen. Da der Antrag für die Kostenübernahme der Entwöhnungstherapie durch den Rententräger genehmigt worden war, beschloss man gemeinsam, dass Frau L. bis zum Aufnahmetermin in die Suchttherapie auf der psychiatrischen Station verbleibt. Auch der Arbeitgeber wurde darüber informiert. Der Betrieb unterstützte dieses Vorhaben und versprach die Möglichkeit der Wiederaufnahme der Tätigkeit nach der dreimonatigen Entwöhnungsbehandlung. Während des Aufenthaltes in der Suchtklinik wurde telefonischer Kontakt zur Klientin durch den SpDi gehalten. Nach dem Abschluss der Therapie kam es aber nicht wieder zum Arbeitsantritt, da der Betrieb in der Zwischenzeit Insolvenz angemeldet hatte. Die nun bestehende Arbeitslosigkeit belastete Frau L. sehr, so dass sie zu Hause besonders nachts enorme Ängste entwickelte. In Folge dessen verschlechterte sich ihr psychischer Zustand weiter und es kam zu mehrfachen und langandauernden Aufenthalten in der psychiatrischen Klinik. In gemeinsamen Gesprächen der Klinik, des SpDi und der Klientin wurde deshalb der Vorschlag der Unterbringung in einer betreuten Wohnform für psychisch Kranke diskutiert. Die Sozialarbeiterin des SpDi besichtigte daraufhin gemeinsam mit Frau L. mehrere Einrichtungen. Es erfolgte jedoch keine Aufnahme, da die

Klientin aufgrund ihrer Persönlichkeitsstörung in einigen Einrichtungen nicht aufgenommen werden konnte, auf der anderen Seite gefielen aber auch der Klientin einige der besichtigten Einrichtungen nicht. Da sich keine geeignete Unterbringungsmöglichkeit fand, wurde nach Absprache mit Frau L. ein Antrag auf die Betreuung in einer Tagesstätte für psychisch Kranke beim Sozialamt gestellt. Der Antrag wurde in einem Hilfeplangespräch mit Vertretern der Tagesstätte, der Sozialarbeiterin des SpDi, der Fachärztin des Gesundheitsamtes, der Klientin und der zuständigen Sachbearbeitern des Sozialamtes gemeinsam besprochen und genehmigt. Außerdem erfolgte durch den SpDi ein Rentenantrag, dem aufgrund des Krankheitsbildes und der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit stattgegeben wurde. Während des Besuches der Tagesstätte erhielt Frau L. auch Fachleistungen in der Häuslichkeit vom selben Verein, da die Klientin aufgrund der schwerwiegenden Erkrankung immer einen Ansprechpartner an ihrer Seite brauchte, was durch die Sozialarbeiterin des SpDi alleine nicht abgedeckt werden konnte. Da Frau L. sehr unselbständig war, sollten durch die zusätzlichen Fachleistungsstunden auch alltägliche Dinge wie Einkaufen oder Behördengänge trainiert werden. Die Mutter hatte sich zu Lebzeiten um alle Angelegenheiten gekümmert und Frau L. jegliche Verantwortung abgenommen. Ferner wurden auch Gespräche bezüglich der psychischen Probleme und Möglichkeiten der Bewältigung geführt. Trotz Suchttherapie, ambulanter Nachsorge und breitgefächelter ambulanter Betreuung gelang es der Klientin nicht abstinent zu leben. Auch kam es häufig zu akuten Phasen der psychischen Störung, so dass sie immer wieder stationär behandelt werden musste. Bedingt durch die Häufigkeit der Einweisungen war Frau L. nach Ansicht der Klinik nicht mehr in der Lage alleine zu leben, da sie ständig einen Ansprechpartner benötigte. In einem gemeinsamen Gespräch mit der Klientin, der Klinik und dem SpDi wurde deshalb über die Unterbringung in einem Wohnheim für psychisch Kranke beraten. Frau L. entschied sich für das Wohnheim und lebte dort ein Jahr. Im Vorfeld der Unterbringung wurde mit Einverständnis der Klientin eine richterliche Betreuung angeregt. Der bestellte Betreuer wurde für die Aufgabenbereiche Gesundheit, Vermögen, Behörden, Post und Aufenthaltsbestimmung eingesetzt. Nach dem Jahr im Wohnheim wurde sie vom Wohnheim in eine betreute Wohnform derselben Institution eingegliedert. Da Frau L. nach eini-



ger Zeit dort aber nicht mehr leben wollte, wurde durch den Betreuer eine Wohnung gemietet und die Entlassung in die Häuslichkeit vorbereitet. Sie erhielt die Möglichkeit, bei einem privaten Verein, täglich vier Stunden zu arbeiten. Es kam jedoch wieder zu Rückfällen in den Alkoholkonsum, so dass eine erneute Entwöhnungstherapie in einer auf Doppeldiagnosen spezialisierten Suchtklinik mit anschließender einjähriger Adaption vom SpDi beantragt wurde. Nach der Rückkehr in die eigene Wohnung, wurde nach Absprache mit Frau L. ein Antrag auf Besuch einer Werkstatt für psychisch Kranke und auf Fachleistungsstunden hinsichtlich der Suchtproblematik gestellt.

Nach aktuellem Stand besucht die Klientin noch immer die Werkstatt und erhält Fachleistungsstunden in der Häuslichkeit. Die Hausbesuche durch den SpDi erfolgen nur noch in großen Abständen oder auf Wunsch der Klientin.

#### **3.4.1 Schwierigkeiten für die Soziale Arbeit in diesem Arbeitsfeld**

Da mir zu dieser speziellen Thematik keine Literatur vorlag, kann ich an dieser Stelle lediglich von meinen persönlichen Erfahrungen berichten, die ich während meiner Praktika beim SpDi Nordvorpommerns machen konnte.

Mecklenburg-Vorpommern ist durch eine ländliche Struktur gekennzeichnet, was zu einigen Schwierigkeiten bei der Versorgung der Klienten führt. Im ländlichen Gebiet sind nur wenige oder keine Einrichtungen angesiedelt, so dass es für den Sozialarbeiter schwer ist, passende Hilfen im näheren Umfeld des Doppeldiagnosebetroffenen zu finden und anzubieten. Der Erkrankte muss häufig lange Anfahrtswege auf sich nehmen, um fachspezifische Hilfen zu erreichen. Aufgrund der Erkrankung oder geringen finanziellen Mittel, sind viele dazu aber gar nicht in der Lage. Das wiederum erfordert verstärkt Hausbesuche durch den Sozialarbeiter und bedeutet für diesen einen erhöhten Zeitaufwand, weil auch er große Entfernungen zurücklegen muss, um den Klienten aufzusuchen. Auch die Regelung der sozialen Probleme, z.B. Schulden oder drohender Wohnungsverlust, die diese Menschen oft haben, führen zu einem erhöhten Betreuungsaufwand. Die doppelte Erkrankung erfordert insgesamt eine engmaschige Betreuung und Beratungsgespräche, da der Sozialarbeiter eine Krankheitseinsicht auf beiden Gebieten bei dem

Klienten erarbeiten muss, um ihn dann zur Annahme von Hilfen zu bewegen. Die Antragstellung auf Hilfen gestaltet sich teilweise schwierig, da viele Unterlagen des Betroffenen dazu benötigt werden. Die Mitwirkung des Klienten ist aber oftmals aufgrund der Erkrankung nicht gegeben. Hinzu kommt, dass häufig lange Wartezeiten für spezielle therapeutische Hilfen, z.B. stationäre Entwöhnungsbehandlung oder Psychiater, in Kauf genommen werden müssen.

#### 4. Auswertung der Thesen

Die repräsentativen Ergebnisse der ECA und NCS-Studie zeigen, dass sowohl psychisch kranke Menschen als auch Alkoholabhängige häufig an der jeweils anderen Störung leiden und bestätigen somit die erste These. Als Grund für den Alkoholkonsum, der in eine Abhängigkeit führen kann, wird oft angegeben, dass Menschen mit einer psychischen Störung auf diese Art versuchen negative Gefühle oder Symptome abzumildern.<sup>1</sup>

Auch Frau L. ertränkte sozusagen ihren Kummer und ihre Schuldgefühle in Alkohol.

Die Annahme, dass bei Doppeldiagnosebetroffenen die psychische Störung häufig durch einen schweren Verlauf gekennzeichnet ist und zu einem chronischen Leiden wird, findet durch verschiedene Untersuchungen ebenfalls Bestätigung.<sup>2</sup>

Bei der beschriebenen Klientin bestand, beispielsweise, zuerst eine reaktive Depression, die sich im Verlauf dann weiter verfestigte und mit Angstanfällen und Panikattacken einherging.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch das Modell der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Da Frau L. zusätzlich an einer diagnostizierten Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung leidet, könnte dieses Konzept die Erklärung für ihre Komorbidität liefern.<sup>3</sup>

Der Wille des Betroffenen ist die Grundvoraussetzung für den Erfolg einer Behandlung. Nach dem Modell der integrativen Behandlung soll der Klient durch motivierende Beratungsgespräche zu einer Therapie und zu einer Verhaltensänderung bewegt werden.<sup>4</sup>

Ob Menschen mit einer Doppeldiagnose durch ambulante Einrichtungen ausreichend behandelt werden können bleibt fraglich. Integrative Programme zeichnen sich dadurch aus, dass die Behandlung überwiegend in einem ambulanten Rahmen durchgeführt wird. Das Fallbeispiel zeigt deutlich, dass das nicht immer möglich ist. Wenn es sich um eine schwerwiegende Doppeler-

---

<sup>1</sup> siehe Kapitel 2, Epidemiologie

<sup>2</sup> siehe Kapitel 2, 2.4.1 und 2.4.2

<sup>3</sup> siehe Kapitel 2, 2.3.1

<sup>4</sup> siehe Kapitel 3, 3.3

krankung handelt, sind stationäre Aufenthalte oder die Unterbringung in komplementären Einrichtungen teilweise unumgänglich.

Der im Vorfeld beschriebene Fall belegt, dass sich die Behandlung oder Rehabilitation über Jahre hinweg erstrecken kann. Behandlungsprogramme, die nach dem integrativen Modell arbeiten, zeichnen sich dadurch aus, dass sie auf einen langfristigen Zeitraum ausgelegt sind.<sup>5</sup>

Bei der Klientin kam es gerade anfänglich zu vermehrten Trinkrückfällen, durch die die psychische Problematik verstärkt wurde. Moggi und Donati sprechen dabei auch von Rückfallketten.<sup>6</sup> Beispielsweise nahm Frau L. ihre verschriebenen Medikamente anfangs unregelmäßig oder in zu geringer Dosis ein. Die Symptome der Depression verstärkten sich wieder, woraufhin sie Alkohol konsumierte. Der Alkoholkonsum führte dazu, dass Angstanfälle bis hin zu Panikattacken ausgelöst wurden

---

<sup>5</sup> siehe kapitel 3, 3.3

<sup>6</sup> siehe Kapitel 3, 3.3

## 5. Zusammenfassung

Die zu Beginn der Arbeit dargestellten Krankheitsbilder zeigen deutlich, welche negativen Auswirkungen, Einschränkungen und Probleme schon eine der beiden Störungen mit sich bringt. Psychische Störungen und Alkoholabhängigkeit bilden die zwei Komponenten für eine Doppeldiagnose. Ein umfangreiches Wissen dieser zugrundeliegenden Erkrankungen ist die Voraussetzung, um das Vorliegen einer doppelten Erkrankung zu erkennen und den Betroffenen adäquat zu behandeln.

Schenkt man der Komorbidität psychischer Störungen und Alkoholabhängigkeit lange Zeit nur wenig Beachtung, rückt dieses Phänomen nun, aufgrund von Ergebnissen verschiedener Untersuchungen und Beobachtungen zu dieser Problematik, verstärkt in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen und therapeutischen Interesses. Durchgeführte Untersuchungen bestätigen, dass Menschen mit schweren psychischen Störungen und Menschen mit einer Substanzabhängigkeit einem erhöhten Risiko unterliegen, auch an der jeweils anderen Störung zu erkranken. Ferner deuten die Ergebnisse darauf hin, dass ein enger Zusammenhang zwischen den beiden Krankheitsbildern besteht und eine Doppeldiagnose alles andere als selten ist. So wiesen beispielsweise 45% der in der ECA-Studie untersuchten Personen zusätzlich zur Alkoholabhängigkeit auch eine psychische Erkrankung auf. Worauf diese Zusammenhänge möglicherweise zurückzuführen sind, versuchen verschiedene Entstehungsmodelle zu erklären. Diese Konzepte beruhen aber immer auf theoretischen Annahmen und sind bisher nur teilweise auf ihre Gültigkeit hin untersucht worden. Es zeigt sich jedoch, dass für die Entstehung einer Doppeldiagnose einer multifaktoriellen Sichtweise der Vorzug gegeben werden sollte.

Hinsichtlich der Diagnosestellung „Doppelte Erkrankung“ können mitunter einige Probleme auftreten, da viele substanzindizierte Störungen Symptome hervorrufen, die man auch bei einer psychischen Störung findet. Damit es nicht zu einer Verzerrung oder Verwechslung kommt, bedarf es einer exakten und einheitlichen diagnostischen Verfahrensweise.

Durch die Trennung der Bereiche der Suchtkrankenversorgung und der Versorgung von psychisch Kranken, gestaltet sich die Behandlung von Men-

schen mit der Doppeldiagnose psychische Störung und Alkoholabhängigkeit oftmals schwierig. Beide Versorgungszweige haben ihre therapeutischen Hilfen und Angebote auf das entsprechende Störungsbild hin angepasst, so dass Menschen mit einer Doppelproblematik auf beiden Seiten aus dem Hilfesystem herausfallen. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist eine ambulante Einrichtung innerhalb des Versorgungssystems, die sowohl für Suchtkranke als auch für psychische Kranke, Hilfe und Beratung anbietet. Er fungiert als Bindeglied zwischen den beiden Versorgungssystemen. Die Behandlung von Doppeldiagnosebetroffenen sollte nach dem integrativen Ansatz erfolgen, da hier aus beiden Bereichen Maßnahmen miteinander kombiniert und auf den Einzelfall abgestimmt werden.

## 6. Literaturverzeichnis

**Brill, Karl-Heinz:** Sozialpsychiatrische Dienste: ein Überblick. In: Berger, Heinrich/Schirmer, Ulla (Hrsg.) Sozialpsychiatrische Dienste. Entwicklung, Konzeption, Praxis. Freiburg im Breisgau, 1993, S. 100-122

**Brodbeck, Jeanette:** Diagnostik von Komorbidität, psychischer Störung und Sucht. In: Moggi, Franz (Hrsg) Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Bern, S.161-171

**Comer, Ronald:** Klinische Psychologie. 2. Aufl., Heidelberg, Berlin, 2001.

**Dörner et al. (Hrsg.):** Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn, 2002

**Der Sozialminister des Landes Mecklenburg-Vorpommern:** Psychiatrieplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, 1994.

**Drake, Robert/Mueser, Kim:** Management von Patienten mit schweren psychischen Störungen und Substanzstörungen. In: Moggi, Franz (Hrsg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, 2. Aufl., Bern, 2007, S. 197-220.

**Faust, Volker:** Seelische Störungen heute. Wie sie sich zeigen und was man tun kann. 2. Aufl., München, 2000.

Feuerlein, Wilhelm/Küfner, Heinrich/Soyka, Michael: Alkoholismus, Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Folgen, Therapie. 5. überar. und erw. Aufl., Stuttgart, 1998

**Gastpar, Markus/Mann, Karl/Rommelspacher, Hans (Hrsg.):** Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart, New York, 1999.

**Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne:** Komorbidität Psychose und Sucht. Grundlagen und Praxis. 2. erw. Aufl., Köln, 2007.

Haufe, Antje/Krause, Detlef: Der Weg in eine andere Welt. Ursachen, Formen und Behandlung von Psychosen. In: Barnow, Sven u.a. (Hrsg.): Von Angst bis Zwang. Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung. 3. Überar. Und erw. Aufl., Bern, 2008, S. 253-274.

**Krausz, Michael/Haasen, Christian (Hrsg.):** Kompendium Sucht. Stuttgart, 2004.

**Krausz, Michael/Schwoon, Dirk/Degkwitz, Peter:** Verlauf schizophrener Psychosen bei Missbrauch von Suchtmitteln. In: Schwoon, Dirk/Krausz, Michael (Hrsg.): Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze., 2. Aufl., Freiburg im Breisgau, 1994, S. 80-94.

**Kuntz, Helmut:** Sucht. Eine Herausforderung im therapeutischen Alltag, Stuttgart, 2007.

**Lucht, Michael:** Alkoholabhängigkeit. Definition, Ursachen und Behandlungsansätze. In: Barnow, Sven u.a. (Hrsg.): Von Angst bis Zwang. Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung. 3. Aufl., Bern, 2008, S. 161-184.

**Lieb, Roselind/Isensee, Barbara:** Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In: Moggi, Franz (Hrsg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2. Aufl., Bern, 2007, S. 27-58.

**Moggi, Franz/Donati, Ruth:** Psychische Störung und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen, 2004.

**Moggi, Franz (Hrsg.):** Doppeldiagnosen. Psychische Störung und Sucht. 2. Aufl., Bern, 2007.

**Möller, Hans-Jürgen/Laux, Gerd/Deister, Arno:** Psychiatrie und Psychotherapie. 3. Aufl., Stuttgart, 2005.

**Mueser, Kim/Brunette, Mary/Drake, Robert:** Komorbidität von Schizophrenien sowie Bipolaren Störungen und Substanzstörungen. In: Moggi, Franz (Hrsg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2. Aufl., Bern, 2007, S. 109-142.

**Noordsy, Douglas u.a.:** Subjektive Erfahrungen Schizophrener im Zusammenhang mit Alkoholkonsum. In: Schwoon, Dirk/Krausz, Michael (Hrsg.): Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze. 2. Aufl., Freiburg im Breisgau, 1994, S. 95-104.



**Peters, Uwe:** Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. 4. Aufl., München, 1990.

**Saß, Henning/Wittchen, Hans-Ulrich/Zaudig, Michael:** Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. übersetzt nach der 4. Aufl. des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, Göttingen, 1996.

**Spitzer, Carsten:** Alles durch die schwarze Brille. Erscheinungsbild, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen. In: Barnow, Sven (Hrsg.): Von Angst bis Zwang. Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung. 3. Aufl., Bern, 2008, S.79-106.

**Soyka, Michael:** Die Alkoholkrankheit. Diagnose und Therapie. Weinheim, 1995.

**Soyka, Michael:** Praxisratgeber Alkoholabhängigkeit. Bremen, 2000.

**Schwoon, Dirk:** Therapeutische Anforderungen an die Behandlung von psychiatrischen Patienten mit einer „Doppelproblematik“. In: Schwoon, Dirk/Krausz, Michael (Hrsg.): Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze. 2. Aufl., Freiburg im Breisgau, 1994, S. 136-143.

**Schwoon, Dirk/Krausz, Michael (Hrsg.):** Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze. 2. Aufl., Freiburg im Breisgau, 1994.

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und wörtlich entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die vorliegende Arbeit wurde auch nicht an anderer Stelle als Diplomschrift vorgelegt.

Ribnitz-Damgarten, den 20.November 2008