



**Komorbidity psychische Erkrankung und
Suchtmittelstörung
Betroffene erleben ihr Hilfesystem**

Beate Gutmann

Diplomarbeit

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra (FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
Im September 2009

Erstbegutachterin:

FH-Lektorin DSA Mag^a Karin Goger

Zweitbegutachterin: MMag^a Andrea Rogy

KURZFASSUNG

Das Thema Komorbidität Suchtmittelstörung und psychische Erkrankung wird in der Literatur zwar ausreichend thematisiert, allerdings wird dem Phänomen, in Anbetracht der hohen Prävalenz, in der Praxis wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Das Ziel dieser Arbeit ist deshalb, den theoretischen Hintergrund mit der praktischen Arbeit zu verbinden, um so auf das Thema vermehrt aufmerksam zu machen. Dazu setzt sich der erste Teil der Arbeit mit den Definitionen relevanter Begriffe auseinander. Es stellt sich beispielsweise heraus, dass unter Doppeldiagnose die spezielle Form von Komorbidität, nämlich das gleichzeitige Auftreten von Suchtmittelstörung und psychischer Erkrankung verstanden wird. Weiters findet durch die Darstellung der Situation von DoppeldiagnosepatientInnen in ihrem Hilfesystem eine Annäherung an die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit statt. Da in der Wohnungslosenhilfe eine Überforderung mit den Bedürfnissen von Betroffenen festzustellen ist, beschäftigt sich der zweite Teil der Arbeit mit der Beantwortung der Frage, wie bedürfnisorientiert sich das Hilfesystem von Doppeldiagnosebetroffenen gestaltet. Dazu wurden mittels leitfadengestützter Interviews die Erfahrungen der Betroffenen in Bezug auf ihr professionelles Hilfenetzwerk erfragt. Durch die Auswertung des Datenmaterials nach der Grounded-Theory ergibt sich als zentrales Forschungsergebnis, dass sich das Hilfesystem nicht immer an den Bedürfnissen der KlientInnen orientiert, sondern umgekehrt, die KlientInnen gezwungen sind, ihre Bedürfnisse auf die Hilfsangebote abzustimmen. Weiters zeigt sich, dass sich Doppeldiagnosebetroffene mit ihren Problemen auseinandersetzen wollen, um so Verhaltensänderungen zu ermöglichen. KlientInnen wünschen sich außerdem, von ihren professionellen HelferInnen als Person wahrgenommen und verstanden zu werden. Für das professionelle Hilfesystem ist es daher wichtig, die KlientInnen als ernst zu nehmende ExpertInnen ihrer Lebenswelt wahrzunehmen. Nur so können ihre Bedürfnisse erkannt und die Hilfeleistungen danach ausgerichtet werden.

ABSTRACT

The topic co-morbidity of drug addiction and mental disorder is a frequent issue in literature. But considering the high prevalence the phenomenon has not received enough attention in the practical work. Therefore the aim of this paper is to connect the theoretical background with the practical experiences and call for more attention to this issue. The first part of the paper argues the definitions of relevant concepts. One main finding is that the term *dual diagnosis* describes the special form of co-morbidity, the concurrent appearance of drug addiction and mental disorder. Furthermore the thesis outlines the situation of double diagnosis patients in their support system. Considering the fact that the institution concerned with homelessness support seems to be overstrained with the needs of persons with dual-diagnosis, the second part of the paper gives an answer to the question how needs-oriented the support system of people with dual-diagnosis is. Affected persons were asked about their experiences with their professional care system. The data set was interpreted with the method of Grounded Theory. One of the central conclusions is that the care system does not always present itself as a needs-oriented care system, because people with dual-diagnosis need to adapt their needs to the services of the care system, otherwise they are excluded. Another conclusion is that affected clients want to deal with their problems so that they can make behavior changes possible. Moreover they want to feel perceived as individuals and understood by their professional helpers. Therefore it is important that the professional care system perceives the clients as experts of their life world. That is the only way to target their needs and to offer need-oriented services.

DANKSAGUNG

Das Zustandekommen dieser Diplomarbeit wurde hauptsächlich durch die Interviewbereitschaft der KlientInnen ermöglicht. Deshalb möchte ich mich an dieser Stelle für die Offenheit und das Engagement der InterviewpartnerInnen bedanken. Ein weiterer Dank gilt meiner Diplomarbeitsbetreuerin Mag.^a Karin Goger. Ihre verlässliche Unterstützung motivierte mich in meiner Arbeit besonders während des Forschungsprozesses. Außerdem möchte ich mich bei allen LektorInnen der FH und meinen StudienkollegInnen bedanken, die in unterschiedlicher Weise den Fortlauf der Diplomarbeit unterstützten. Auch meinen beiden Korrekturleserinnen möchte ich herzlich für ihre Zeit und ihr „genaues Auge“ danken. Bei meinem Bruder Paul und meiner Mutter möchte ich mich für ihre Geduld und ihren Rückhalt während des gesamten Studiums bedanken, besonders aber für das Verständnis meiner Launen während der schwierigen Arbeitsphasen der Diplomarbeit.

INHALT

1. Einleitung	7
1.1 Ausgangslage der Untersuchung.....	7
1.2 Inhaltlicher Aufbau der Arbeit.....	8
I THEORETISCHE HINFÜHRUNG ZUM THEMA	9
2. Begriffsdefinitionen	9
2.1 Suchtmittelstörung	9
2.1.1 Substanzmissbrauch	9
2.1.2 Substanzabhängigkeit	11
2.2 Psychische Erkrankung	13
2.2.1 Der Krankheitsbegriff.....	13
2.2.2 Der Begriff Psychische Störung	15
2.3 Komorbidität.....	17
2.4 Doppeldiagnose	18
2.4.1 Differentialdiagnostik bei DoppeldiagnosepatientInnen.....	19
2.4.2 Erklärungsmodelle nach Gouzoulis-Mayfrank	21
2.4.3 Verwendung der Begriffe in der Literatur.....	22
3. Einschätzung der Betroffenzahlen	23
4. DoppeldiagnosepatientInnen im Hilfesystem	25
4.1 Die Therapie als „Mission Impossible“	25
4.2 Die Suchtmittelstörung und ihre therapeutische Umgebung.....	27
4.3 Die Behandlung von DoppeldiagnosepatientInnen	29
4.3.1 Die traditionellen Therapiemodelle	29
4.3.2 Das Integrative Therapiemodell	30
II EMPIRISCHE FORSCHUNG	32
5. Forschungsprozess	32
5.1 Forschungsfrage.....	32
5.2 Wahl der Erhebungsmethode	33
5.2.1 Qualitative Sozialforschung.....	33
5.2.2 Das Leitfadengestützte Interview	33
5.2.3 Prinzipien der Interviewführung.....	34
5.3 Untersuchungspopulation	34
5.3.1 Kontaktaufnahme	34

5.3.2 Schwierigkeiten bei der Auswahl.....	35
5.3.3 Die InterviewpartnerInnen	36
5.4 Die Auswertungsmethode nach der „Grounded Theory“	37
6. Kurzbeschreibung der Institutionen	38
6.1 Psychosozialer Dienst (PSD).....	38
6.2 Sachwalterschaft	38
6.3 Emmaus CityFarm	39
6.4 Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer	40
6.5 Psychosomatisches Zentrum Waldviertel Eggenburg (PSZW).....	41
6.6 Anton-Proksch-Institut (API) Stiftung Genesungsheim Kalksburg	41
7. Darstellung der Forschungsergebnisse.....	42
7.1 Auswirkungen des Hilfenetzwerkes auf die Betroffenen	42
7.1.1 Gelingender Alltag statt „Zeit-Totschlagen“	42
7.1.2 Vom Freundeskreis in den Hilfekreis.....	44
7.1.3 Emotionale Distanzierung vom Hilfeverlauf.....	45
7.1.4 KlientInnen als Inventar der Institution	47
7.1.5 Betroffene werden zu HelferInnen.....	48
7.2 Wertvorstellungen – Wünsche der Betroffenen an ihr Hilfesystem.....	49
7.2.1 Wunsch nach Auseinandersetzung mit der Krankheit.....	50
7.2.2 Luxusgut Zeit mit ÄrztInnen.....	52
7.2.3 Vertrauen ins Hilfesystem	53
7.2.3.1 <i>Faktoren des Vertrauensaufbaues.....</i>	<i>54</i>
7.2.3.2 <i>Die Beziehung zwischen Hilfesuchenden und HelferInnen.....</i>	<i>56</i>
7.2.3.3 <i>Die Grundhaltung von PatientInnen gegenüber Medikamenten ...</i>	<i>60</i>
7.2.4 Selbständigkeit vs. Sachwalterschaft	62
7.2.4.1 <i>Selbstverantwortung.....</i>	<i>62</i>
7.2.4.2 <i>Selbständige Lebensführung.....</i>	<i>64</i>
7.2.4.3 <i>Freiwilligkeit.....</i>	<i>65</i>
7.2.4.4 <i>Sachwalterschaft.....</i>	<i>67</i>
7.2.5 Bedeutung von Beruf und Arbeit	69
7.2.5.1 <i>Arbeit und Arbeitsverlust.....</i>	<i>69</i>
7.2.5.2 <i>Arbeitsunfähigkeit und Arbeitssuche.....</i>	<i>70</i>
7.2.5.3 <i>Arbeitstraining statt zuhause „Umadumhängen“.....</i>	<i>71</i>
7.3 Anforderungen des Hilfesystems an die Betroffenen.....	73

7.3.1 Mut und Überwindung	73
7.3.2 Compliance und Verlässlichkeit.....	73
8. Resümee	75
Literaturverzeichnis	81
Abkürzungsverzeichnis	87
Abbildungsverzeichnis	88
Anhang	89
Eidesstattliche Erklärung	91

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage der Untersuchung

Während meiner Tätigkeit als Betreuerin in einem Übergangwohnhaus in Wien entwickelte sich mein Interesse für Menschen mit der Doppelproblematik Sucht und psychische Störung. Aus meiner Sicht stellt die Betreuung dieser KlientInnen eine Herausforderung für das gesamte Hilfesystem dar. Ein kurzes Fallbeispiel aus der Praxis im Übergangwohnhaus soll diese Herausforderung bzw. die Überforderung veranschaulichen.

Herr T. ist ca. 30 Jahre alt und schwer krank. Er leidet an wahnhaften Ideen, hat massive Schlafstörungen und verliert oft die Orientierung. Außerdem zeigt sich das Vollbild seiner Aids-Erkrankung (wiederholt hohes Fieber, starker Gewichtsverlust, Diarrhoe und Atembeschwerden aufgrund seiner Lungenerkrankungen) – vermutlich hat er sich durch unsaubere Spritzen beim intravenösen Heroinkonsum mit dem HIV-Virus infiziert. Herr T., der besachwaltet ist, wird, obwohl er durch seine Unfähigkeit selbständig zu wohnen nicht zur Zielgruppe des Übergangwohnhauses zählt, dort aufgenommen. Laut den MitarbeiterInnen des Übergangwohnhauses komme er wegen seiner vielen Diagnosen bei keiner anderen sozialen Einrichtung mehr unter. Es zeigt sich bald, dass das Betreuungsangebot dieser Einrichtung nicht adäquat für die Bedürfnisse des Herrn T. ist. Wiederholt verstößt er aufgrund seiner Orientierungslosigkeit gegen die Hausordnung, woraufhin er mehrmals verwarnt wird. Eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes führt schließlich zu einem wiederholten Krankenhausaufenthalt, der ihn vorübergehend vor der Obdachlosigkeit bewahrt.

Ich beobachtete 6 Wochen lang die Situation im Übergangwohnhaus und erkannte gemeinsam mit den anderen MitarbeiterInnen, dass die Angebote nicht auf die Bedürfnisse von Menschen mit akuter Doppelproblematik ausgerichtet sind. Diese Beobachtung bestätigte sich auch später bei den Literaturrecherchen (siehe Kapitel 4.1). Es war auch zu erkennen, wie häufig eine Suchtmittelstörung kombiniert mit einer psychischen Störung auftritt und im Vergleich dazu, wie selten diese Kombination in der Betreuungspraxis Aufmerksamkeit erhält. Es entwickelte sich das Anliegen, das Phänomen Doppeldiagnose genauer zu betrachten und mit Hilfe der empirischen

Forschung auf dieses Thema im sozialarbeiterischen Arbeitsfeld verstärkt aufmerksam zu machen.

1.2 Inhaltlicher Aufbau der Arbeit

Es wurde ein Thema gewählt, das nicht nur die Sozialarbeit betrifft, sondern sich durch seine Multidisziplinarität auszeichnet. Das Hilfesystem von Doppeldiagnosebetroffenen setzt sich aus mehreren Professionen zusammen. Häufig sind ProfessionistInnen der Medizin, der Psychotherapie und der Sozialarbeit in den Hilfeprozess des/der Patienten/Patientin bzw. des/der Klienten/Klientin eingebunden und bemüht, mit Hilfe der Methoden ihrer Disziplin positiv auf den Hilfeverlauf einzuwirken. Das Besondere der Arbeit ist daher die inhaltliche Verstrickung medizinischer, therapeutischer und sozialarbeiterischer Aspekte.

Der inhaltliche Aufbau der Arbeit gestaltet sich folgendermaßen: Zu Beginn werden im theoretischen Teil wesentliche Begriffe definiert. Weiters beinhaltet der erste Teil einen Versuch, die Betroffenheit von Doppeldiagnose in Zahlen darzustellen. Das Kapitel *DoppeldiagnosepatientInnen im Hilfesystem* zeigt schließlich die Grundsätze und Besonderheiten der Behandlung von Betroffenen auf. Die Beschreibung des Forschungsprozesses leitet den methodischen Teil der Arbeit ein und soll Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Forschungsergebnisse garantieren. Das darauf folgende Kapitel widmet sich der Beschreibung von relevanten Institutionen, die von den InterviewpartnerInnen genannt wurden und sorgt damit für ein genaueres Verständnis der anschließenden Darstellung der Forschungsergebnisse. Wie klientInnenorientiert sich das Hilfesystem von Doppeldiagnosebetroffenen gestaltet, wird abschließend und basierend auf den Forschungsergebnissen im Resümee dargestellt.

Anzumerken ist, dass, wenn in der Arbeit von ÄrztInnen oder MedizinerInnen gesprochen wird, immer Fachärzte/Fachärztinnen für Psychiatrie zu verstehen sind. Weiters werden die Bezeichnungen KlientInnen, Betroffene, DD-Betroffene und PatientInnen synonym verwendet und benennen immer Menschen, die von der Doppelproblematik psychische Erkrankung und Suchtmittelstörung betroffen sind.

I THEORETISCHE HINFÜHRUNG ZUM THEMA

2. Begriffsdefinitionen

Die Begriffsbestimmung von Komorbidität bzw. Doppeldiagnose setzt das Verständnis der Bedeutung von Suchtmittelstörung und psychischer Erkrankung voraus. Daher erfolgt erst mittels Klärung der beiden letzteren Begriffe eine Annäherung an die zentralen Begriffe Komorbidität und Doppeldiagnose. Diese werden anschließend einem Definitionsversuch unterzogen.

2.1 Suchtmittelstörung

Bei einem gestörten Verhalten zu Suchtmitteln sind der Substanzmissbrauch und die Substanzabhängigkeit voneinander zu unterscheiden. Für die Diagnostizierung der beiden Störungen werden der ICD-10 und der DSM-IV als Leitlinie herangezogen. In der Fachliteratur werden bei der Definition der Begriffe fast ausschließlich die beiden Klassifikationssysteme zitiert. Die Kriterien für Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit, die im ICD-10 und/oder im DSM-IV angeführt sind, stellen deshalb die Grundlage der folgenden Definitionen dar.

2.1.1 Substanzmissbrauch

Nach Soyka (1998:11) ist bei den beiden Klassifikationssystemen im Bereich Missbrauch keine vollkommene Übereinstimmung gegeben. Der ICD-10 spricht vom *schädlichen Gebrauch* während das DSM-IV *Substanzmissbrauch* definiert. In folgender Tabelle sollen die Kriterien für *schädlichen Gebrauch* bzw. für *Suchtmittelmissbrauch* gegenübergestellt werden, um anschließend einen Vergleich anzustellen.

ICD-10: Schädlicher Gebrauch	DSM-IV: Substanzmissbrauch
Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu Gesundheitsschädigung (körperlich oder psychisch) führt	A. unangepasstes Muster von Substanzgebrauch mit Folge von klinisch bedeutsamer Beeinträchtigung, erfüllt ist ≥ 1 der folgenden Kriterien inner-

<p>Diagnostische Leitlinien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose erfordert tatsächliche Schädigung des Konsumenten, negative soziale Folgen oder akute Intoxikation bzw. „Kater“ genügen nicht - ist nicht zu diagnostizieren bei Abhängigkeitssyndrom (F 10.2), psychotischer Störung (F 10.5) oder anderen alkoholbedingten Störungen 	<p>halb eines Zeitraumes von 12 Monaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wiederholter Substanzgebrauch mit der Folge von Pflichtversagen - wiederholter Substanzgebrauch mit der Folge körperlicher Gefährdung - Konflikte mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Konsum - fortgesetzter Substanzgebrauch trotz durch die psychotropen Folgen verursachter bzw. verstärkter sozialer Probleme <p>B. keine Kriterien der Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse</p>
---	---

Abbildung 1

1997 hat Schmidt (1997:14f) bereits einen Vergleich des Schädlichen Gebrauches nach ICD-10 und des Missbrauchs nach dem DSM III-R angestellt. Nach DSM III-R spricht man dann von einem Missbrauch, wenn zwar ein unangepasstes Konsumverhalten zutrifft, aber die Kriterien der Abhängigkeit noch nicht erfüllt sind. Demnach ist Missbrauch eine milde Form der Abhängigkeit und als Vorform der Abhängigkeit zu verstehen. Hurrelmann/Bründel (1997:10) stimmen dem zu und schreiben, dass der fortgesetzte Missbrauch zur Abhängigkeit führen kann. Der Substanzmissbrauch laut ICD-10 wird von Schmidt (1997:15) als Folge der Abhängigkeit interpretiert und zeigt damit auf, dass es unterschiedliche Auffassungen über die Zusammenhänge der beiden Störungen gibt.

Die Unterscheidung der beiden Klassifikationssysteme sieht Soyka (1998:11) hauptsächlich darin, dass im ICD-10 die gesundheitlichen Folgeschäden deutlich betont werden, während etwa soziale Folgeschäden nicht als Kriterium für einen Missbrauch berücksichtigt werden. Im Gegensatz dazu finden diese im DSM-IV Berücksichtigung. Die AutorInnen Moggi/Donati (2004:5) nehmen bei der Definition von

Suchtmittelmissbrauch auf das DSM-IV Bezug, da sie es aufgrund der genaueren Formulierungen für die Diagnosestellung von Doppeldiagnose geeigneter als das ICD-10 halten. In dieser Arbeit wird der Begriff Substanzmissbrauch nach den Kriterien des DSM-IV verwendet, da hierbei der Missbrauch von Substanzen als Vorstufe der Substanzabhängigkeit verstanden wird. Die beiden Begriffe werden so interpretiert, dass erst ein Missbrauch stattfinden muss, um darauf folgend eine Abhängigkeit zu entwickeln.

2.1.2 Substanzabhängigkeit

Nach Soyka (1998:11) wird sowohl im ICD-10 als auch im DSM-IV von Abhängigkeit als eine mehrdimensionale Störung ausgegangen, die sich körperlich, psychisch und auf sozialer Ebene auswirken kann. Die Kriterien für Substanzabhängigkeit der beiden Klassifikationssysteme stimmen relativ gut überein. Gemäß ICD-10 Definition umfasst das Abhängigkeitssyndrom „eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber Verhaltensweisen, die von ihm früher höher bewertet wurden.“ (Weltgesundheitsorganisation 1991 zit. n.: Schmidt 1997:13) Dies bedeutet, dass bei von Substanzabhängigkeit betroffenen Personen der Konsum der Droge einen höheren Stellenwert einnimmt als Menschen, Dinge oder Tätigkeiten, die sie früher als wichtig empfunden haben.

Nach der Weltgesundheitsorganisation (2005:93) müssen sich innerhalb eines Jahres mindestens drei der angeführten Kriterien manifestiert haben, um eine Substanzabhängigkeit diagnostizieren zu können:

- 1) Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren,
- 2) Kontrollverlust über den Substanzkonsum,
- 3) körperliches Entzugssyndrom bei einer Minderung oder beim Stopp des Konsums,
- 4) nachgewiesene Toleranz, es sind zunehmend höhere Dosen erforderlich um eine Wirkung zu erreichen, die ursprünglich mit niedrigeren Dosen hervorgerufen wurde,

- 5) Reduktion anderer Interessen und Vergnügungen zugunsten des Substanzkonsums und hoher Zeitaufwand zur Beschaffung, Konsumierung und Erholung von den Substanzen,
- 6) Fortsetzen des Substanzgebrauches trotz eindeutiger und nachgewiesenen psychischen und physischen Schädigungen

Auch Moggi/Donati (2004:6) führen eine Zusammenfassung dieser Kriterien an. Außerdem zählen sie auch erfolglose Abstinenzversuche als mögliches Kriterium eines Abhängigkeitssyndroms hinzu. Nach der Weltgesundheitsorganisation (2005:93) wird vielen KonsumentInnen erst beim Versuch einer Konsumkontrolle oder -beendigung ihre Substanzabhängigkeit bewusst. „Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (beispielsweise Tabak oder Diazepam), auf eine Gruppe von Substanzen (wie z.B. Opioide) oder auch auf ein weiteres Spektrum unterschiedlicher Substanzen (wie z.B. bei jenen Personen, die eine Art Zwang erleben, regelmäßig jedes nur erreichbare Mittel zu sich zu nehmen und die qualvolle Gefühle, Unruhe oder körperliche Entzugserscheinungen bei Abstinenz entwickeln).“ (ebd.)

Psychische und physische Abhängigkeit

Unter psychischer Abhängigkeit wird nach Wessler (1996:55) jener Zustand verstanden, bei dem die Notwendigkeit besteht, sich periodisch eine bestimmte Substanz zuzuführen, um dessen Wirkung zu erleben und/oder zu vermeiden, dass beim Abklingen oder Fehlen dieser Wirkung negative Erfahrungen gemacht werden. Bühringer (1992:114) hebt das unbezwingbare Verlangen (Gier) nach der Droge hervor und fügt hinzu, dass die psychische Abhängigkeit über Jahre bestehen kann, während die körperliche Abhängigkeit nach einigen Tagen abklingt.

Eine physische Abhängigkeit ist an den Entzugserscheinungen beim Ausbleiben der Substanzzufuhr zu erkennen. Entzugserscheinungen können als Fieber, Schüttelfrost, Gliederschmerzen, Aggressivität, allgemeine Unruhe und als ähnliche Symptome auftreten. Das Entstehen von Entzugserscheinungen und körperlicher Abhängigkeit wird damit erklärt, dass der Körper die jeweilige Substanz in den Stoffwechsel einbaut und dann auf die Zufuhr des Stoffes angewiesen ist. Kommt es zu einem Stopp der Zufuhr, fehlt dem Körper die Substanz um ‚richtig‘ funktionieren zu können und dies führt zu Fehlregulationserscheinungen, die äußerlich als Entzugserschei-

nungen wahrgenommen werden. Diese treten so lange auf, bis sich der Körper wieder darauf eingestellt hat, ohne der Substanz auszukommen. (vgl. Bühringer 1992:113) Laut Wessler (1996:56) ist auch der Begriff *Neuroadaptation* für die Benennung der physischen Abhängigkeit möglich.

2.2 Psychische Erkrankung

Da in der Arbeit auch oft die Sprache von psychischer Erkrankung und psychischer Störung ist, erscheint ein Definitionsversuch für ein genaueres Verständnis notwendig. Einleitend sei bemerkt, dass der Krankheitsbegriff vom Begriff der Behinderung zu unterscheiden ist. Nach Matakas (1992:165) ist Krankheit ein Prozess und eine Behinderung ein dauerhafter Status. Das Prozesshafte und Vorübergehende stellt das Wesen der Krankheit dar. Es ist aber nicht auszuschließen, dass eine Krankheit zur Behinderung führen kann.

2.2.1 Der Krankheitsbegriff

Brosch unterscheidet 3 Krankheitsbegriffe: den weit gefassten der WHO, den medizinischen und den psychiatrischen Krankheitsbegriff. Im Folgenden sollen diese kurz beschrieben werden.

Das Wort Krankheit kommt aus dem Mittelhochdeutschen: „*krane*“ und bedeutet kraftlos, schwach. Die WHO versteht unter dem Begriff jede Störung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Diese Definition ist sehr umfassend und für die Praxis wenig geeignet, daher ist der medizinische Krankheitsbegriff enger gefasst. (vgl. Brosch 1994:3) „Er enthält folgende Elemente:

- a) eine subjektive Störung des Wohlbefindens
- b) eine quantitative und qualitative Störung der elementaren Lebensvorgänge und Funktionen
- c) objektivierbare (d.h. sicht- oder messbare) Veränderungen der anatomischen Form oder der elektro-chemischen Vorgänge.“ (ebd.)

Die Elemente des medizinischen Krankheitsbegriffes beziehen sich stark auf Störungen des Körpers und auf messbare körperliche Veränderungen. Es ist anzunehmen, dass sich bei psychisch kranken Menschen nicht immer eine körperliche Verände-

rung feststellen lässt. Außerdem erleben nicht alle Betroffenen eine Störung ihres Wohlbefindens. Matakas (1992:165) bestätigt dies durch die Aussage, psychische Krankheit sei nicht notwendigerweise mit Unlust oder der Einschränkung der Möglichkeit der Triebbefriedigung verbunden. Als Beispiel führt er die Manie an, wo das Gegenteil der Fall ist. Der medizinische Krankheitsbegriff ist demnach in der Psychiatrie nicht immer anwendbar. Brosch definiert daher den *psychiatrischen Krankheitsbegriff*. Er ermöglicht die Beurteilung über den Zustand einer Person unter den Aspekten

- „des *Leidens* – wer Schmerzen, Verluste, Funktionseinbußen erleidet, wobei das Erleiden im Selbstverständnis des Betroffenen und im Urteil seiner Umwelt über das gruppenübliche Ausmaß hinausgeht, ist krank
- des *Versagens* – wer in der Bewältigung der gegebenen, nicht allzu extremen Verhältnisse versagt – aus welchen Gründen auch immer – ist krank
- des *Beziehungsabbruchs* – wer infolge seines hochgradigen Andersseins nicht in lebendigen Kontakt und Austausch mit andern Menschen treten kann, ist krank“.
(Brosch 1994:5)

Wie zu erkennen ist, beinhalten die Beurteilungselemente nach dem psychiatrischen Krankheitsbegriff auch den sozialen Aspekt. So wird die Kontaktunfähigkeit aufgrund eines abnormen Verhaltens einbezogen. Zum subjektiven Erleben des Leidens wird das objektive Urteil beigefügt, d.h. es geht nicht mehr um die Frage, wie die betroffene Person ihr Befinden erlebt, sondern auch darum, wie Außenstehende, z.B. Ärzte/Ärztinnen das Wohlbefinden der Betroffenen betrachten. Dieser Aspekt scheint besonders bei Menschen ohne Krankheitseinsicht Anwendung zu finden. Der Aspekt des Versagens bezieht sich auf den Grad der Fähigkeit, das eigene Verhalten an die gegebenen Lebensverhältnisse anzupassen. In diesem Zusammenhang beschreiben Federspiel/Lackinger Karger das Zustandekommen einer Krankheit. „Die Verhaltensweisen und die innere Einstellung, die heute bei jemandem zu Problemen führen, waren für dieselbe Person irgendwann früher oder unter anderen Bedingungen angemessen, günstig und sinnvoll. Wenn sich die früheren Verhaltensweisen aber verfestigen und den veränderten Lebensbedingungen nicht angepasst werden können, werden sie außerordentlich störend und wachsen sich zur Krankheit aus.“ (ebd. 1996:63) Eine Krankheit entwickelt sich demnach aus starren Verhaltensweisen, die

eine Einbeziehung gegenwärtiger Bedingungen nicht erlauben. Wie störend diese Unangepasstheit des Verhaltens an die Bedingungen erlebt wird, ergibt sich aus dem subjektiven Erleben.

Es ist schwer feststellbar, ab wann man von psychischer Erkrankung sprechen kann. Nach Hardtmann (1991:71) ist der Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit fließend. Dies hat bereits 1917 Sigmund Freud festgestellt: „Der Unterschied zwischen nervöser Gesundheit und Neurose schränkt sich also aufs Praktische ein und bestimmt sich nach dem Erfolg, ob der Person ein genügendes Maß von Genuß- und Leistungsfähigkeit verblieben ist.“ (Freud 1917:476 zit. n.: Hardtmann 1991:71) Aus dem Zitat von Freud lässt sich schließen, dass es davon abhängt, wie stark die störende Verhaltensweise das Leben des/der Betroffenen beeinflusst. Kann er/sie damit umgehen und bleibt genügend Genuss und Leistungsfähigkeit vorhanden, ist noch nicht von einer Erkrankung zu sprechen. Sheehy/Cournos (1996:10) schreiben, dass in sämtlichen medizinischen Fachbereichen der Punkt, an dem Krankheit beginnt, häufig unklar sei und oft eher von der Häufung vieler hartnäckiger Symptome (Krankheitszeichen) abhängt als vom Auftreten einzelner Schwierigkeiten. Huber löst das Problem der Definition von Krankheit und Gesundheit, mit der Begründung, dass es noch keine allgemein verbindliche Definition der beiden Begriffe gibt, pragmatisch. Nach ihm wird als krank jene Person angesehen, die „von einem Arzt durch eine spezifisch gestellte Krankheitsdiagnose als krank betrachtet wird.“ (Huber 1992:16) Er fügt auch hinzu, dass durch die Krankheitszuschreibung die betroffene Person eine soziale Rolle mit Rechten und Pflichten einnimmt (vgl. Huber 1992:15). Darunter kann beispielsweise das Recht auf medizinische Versorgung verstanden werden. Laut Brosch (2004:6) versucht man der Schwierigkeit der Definition von Krankheit zu entgehen, indem man heute meist von psychischen Störungen spricht. Sie werden mit so wenig wie möglich theoretischem Hintergrund beschrieben und eingeteilt. In der vorliegenden Arbeit wird der psychiatrische Krankheitsbegriff nach der Definition von Brosch verwendet, da er vom subjektiven Erleben der betroffenen Person ausgeht und nicht von der Diagnose des/der Arztes/Ärztin.

2.2.2 Der Begriff Psychische Störung

Nach Walter (2004-2009:o.S) existiert keine einheitliche Definition des Begriffs *psychische Störung*, da sich die psychischen Auffälligkeiten durch eine Vielzahl von Merkmalen auszeichnen und nicht im Vorhinein die für die psychischen Störungen

charakteristischen Merkmale festzulegen sind. „Dem Versuch, psychische Phänomene als Krankheiten in einem körpergebunden-medizinischen Sinn aufzufassen, folgt seit mehreren Jahrzehnten das Bestreben, die Bezeichnungen für Krankhaftes in der Psychiatrie international zu vereinheitlichen. Diagnoseschemata, wie das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) oder die Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD-10) sind Beispiele für derartige Bemühungen.“ (Brosch 2004:6) Im DSM-IV wird das Definitionsproblem ähnlich beschrieben. Nach Saß/Wittchen/Zauding u.a. (2003:979) fehle wie bei vielen anderen Konzepten in Medizin und Wissenschaft auch bei der psychischen Störung eine situationsübergreifend gültige operationale Definition. Im DSM-IV wird als Entscheidungshilfe, welche Zustände an der Grenze zwischen Normalität und Pathologie liegen, folgende Definition angeführt:

„In DSM-IV wird jede psychische Störung als ein klinisch bedeutendes Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster aufgefaßt, das bei einer Person auftritt und das mit momentanem Leiden (z.B. einem schmerzhaften Symptom) oder einer Beeinträchtigung (z.B. Einschränkung in einem oder in mehreren wichtigen Funktionsbereichen) oder mit einem stark erhöhten Risiko einhergeht, zu sterben, Schmerz, Beeinträchtigung oder einen tiefgreifenden Verlust an Freiheit zu erleiden. Zusätzlich darf dieses Syndrom oder Muster nicht nur eine verständliche und kulturell sanktionierte Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis sein, wie z.B. den Tod eines geliebten Menschen. Unabhängig von dem ursprünglichen Auslöser muß gegenwärtig eine verhältnismäßige, psychische oder biologische Funktionsstörung bei der Person zu beobachten sein.“ (ebd.)

Huber (1992:13f) schreibt über das Wesen psychischer Störungen und beschreibt, dass durch Beschwerden und Antworten auf entsprechende Fragen Betroffene zum Ausdruck bringen können, wie psychische Störungen von ihnen erlebt werden, vorausgesetzt, sie sind dazu fähig und willig. Jaspers führt (1948:o.S. zit. n.: Huber 1992:13f) die Unterscheidung dieser vielfältigen Beschreibungen und Beschwerden an. Es werden Einzelphänomene des abnormen Seelenlebens von Störungen, die den Gesamtzustand des Seelenlebens betreffen, unterschieden. Zu den Einzelphänomenen sind beispielsweise Störungen des Raum- und Zeiterlebens, des Leibbewusstseins und des Gegenstandsbewusstseins zu zählen, während sich Störungen des Gesamtzustandes des Seelenlebens auf das augenblickliche Ganze, auf den

Bewusstseinszustand auswirken. Bewusstseinschwankungen und psychotische Bewusstseinsänderungen wie Benommenheit und ein verändertes Bewusstsein können Erscheinungen von Störungen sein, die den Gesamtzustand des Seelenlebens betreffen. Es erscheint wichtig zu bemerken, dass unter besonderen Bedingungen (Einschlafen, Aufwachen, Traum, Müdigkeit, Fieber usw.) diese Phänomene des kranken Seelenlebens auch bei gesunden Personen vorkommen können. (vgl. Huber 1992:14).

2.3 Komorbidität

Der Begriff Komorbidität wurde 1970 vom medizinischen Epidemiologen Feinstein eingeführt. Er bezeichnet Co-Morbidity als: „... *any distinct additional clinical entity that has existed or that may occur during the clinical course of a patient who has the index disease under study*“. (Feinstein 1970:456f zit. n.: Fabisch 2000:68f) Demnach bedeutet Komorbidität das Hinzukommen von bestimmten klinischen Entitäten zu einer bereits bestehenden oder zu einer gleichzeitig auftretenden Indexerkrankung (Grunderkrankung). Diese Definitionsweise beinhaltet auch, dass das Behandlungsergebnis von zwei Beschwerdebildern beeinflusst wird, daher spricht man auch von der „therapeutischen Komorbidität“. Kaplan/Feinstein (1974:387f zit. n.: Fabisch 2000:69) geben der Komorbidität später noch drei weitere Bedeutungen. Sie unterscheiden:

- die „*diagnostische*“ Komorbidität – die selbe Symptomatik ist auf zwei nebeneinander bestehende Ursachen zurückzuführen
- die „*prognostische*“ Komorbidität - ein Beschwerdebild beeinflusst entweder von sich aus oder zusammen mit der Indexerkrankung die Anfälligkeit für bestimmte andere Beschwerden
- die „*pathogenetische*“ Komorbidität – zwei Beschwerdebilder sind ätiologisch miteinander verbunden.

Komorbidität ist nach Feinstein ein sehr weit gefasster Begriff. Es bleibt auch offen, ob der Terminus Komorbidität auch für psychiatrisches Kranksein gilt. „Feinstein erklärte, „daß es ihm in seiner Definition nicht darum gehe, ob es sich tatsächlich um zwei wahre Krankheitseinheiten handle, sondern daß der Begriff Komorbidität auch dann verwendet werden könne, wenn die aufeinander treffenden Beschwerdebilder

jeweils nicht als wahre Krankheitseinheiten definiert werden könnten.“ (Fabisch 2000:69) Daraus lässt sich schließen, dass es nach Feinstein beim Komorbiditätsbegriff keine Bedeutung hat, ob es sich um psychische oder somatische Erkrankungen handelt. Komorbidität bedeutet demnach das Aufeinandertreffen zweier Beschwerdebilder oder wie es später definiert wird, „die diagnostische Erfassung von mehr als einer Störung bei einer Person.“ (Burke et. al., 1990: o.S.; Wittchen 1996: o.S. zit. n.: Lieb/Isensee 2007:27). Laut Feinstein (1970:456f zit. n.: Fabisch 2000:69) zählen auch nicht krankhafte klinische Begriffe wie Schwangerschaft und Reaktionen wie Übelkeit zu den Beschwerdebildern und werden vom Komorbiditätsbegriff abgedeckt. Nach Lieb/Isensee (2007:27) müssen die Störungen nicht gleichzeitig bei einer Person auftreten, sondern können sich auch zu unterschiedlichen Zeiten zeigen bzw. sie können in einem bestimmten Zeitintervall auftreten.

Zusammenfassend bedeutet Komorbidität das Auftreten von mehr als einer Störung bei einer Person innerhalb eines definierten Zeitraumes. Wie sich im nächsten Kapitel herausstellen wird, stellt die Doppeldiagnose eine bestimmte Form der Komorbidität dar.

2.4 Doppeldiagnose

Nach Wittchen (1996:o.S zit. n.: Moggi/Donati 2004:3) wird eine Doppeldiagnose im Deutschen auch manchmal Dualstörung oder Dualdiagnose (eng. „dual diagnosis“ oder „dual disorder“) genannt. Alle drei Ausdrucksformen bezeichnen im Allgemeinen eine Spezialform von Komorbidität. Eine Doppeldiagnose zeichnet sich durch „das gemeinsame Auftreten eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit von einer oder mehreren psychotropen Substanzen und mindestens einer anderen psychischen Störung bei einem Patienten“ aus. (Moggi/Donati 2004:3) Man spricht demnach dann von einer Doppeldiagnose, wenn eine Komorbidität mit den Diagnosen einer Suchtmittelstörung und einer psychischen Erkrankung auftritt. Moggi (2007:16) betrachtet die Verschiedenartigkeit von Diagnosen als Hauptkritikpunkt am Doppeldiagnosebegriff, da er, wie auch der Komorbiditätsbegriff, keine Aussage über die Form der psychischen Störung und der Suchtmittelabhängigkeit impliziert. Außerdem beinhalten die beiden Begriffe auch keine Informationen über klinische, ätiologische oder anderweitige Beziehungen zwischen den gestellten Diagnosen. Der Begriff Doppeldiagnose gibt auch keine Auskunft über den Schweregrad der Störungen. Demnach

wird nach Moggi/Donati (2004:3f) eine obdachlose Person, die an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie leidet und regelmäßig Heroin spritzt, ebenso als DoppeldiagnosepatientIn bezeichnet, wie eine Person, die Dysthymie¹ und einen Alkoholmissbrauch aufweist und sozial integriert ist. Moggi/Donati kritisieren die geringe Aussagekraft des Doppeldiagnosebegriffes und machen die Weite des Terminus deutlich.

„Die Definition von DD wird kompliziert durch die Tatsache, dass Substanzstörung und psychische Störung ihrerseits keine einheitlichen Begriffe sind und mehrdimensional definiert werden. Beide lassen sich auf einem Kontinuum mit zunehmendem Schweregrad lokalisieren.“ (Moggi/Donati 2004:4) Der Begriff Doppeldiagnose beinhaltet vielfältige Kombinationsmöglichkeiten aus beiden Störungsklassen (Substanzstörung und psychische Störung) und enthält eine Reihe von Symptomen beider Störungstypen (vgl. ebd.).

An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Diagnostizierung einer Doppeldiagnose die Substanzstörung *Substanzmissbrauch* oder *Substanzabhängigkeit* voraussetzt, lediglich ein Substanzkonsum ist nicht ausreichend, um eine Doppeldiagnose zu stellen. Beispielsweise ist bei einer depressiven Patientin, die ab und zu ein Glas Wein trinkt, noch nicht von einer Doppeldiagnose zu sprechen. (vgl. Moggi/Donati 2004:5). Im Kapitel 2.1. wird der Unterschied zwischen Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit erläutert.

2.4.1 Differentialdiagnostik bei DoppeldiagnosepatientInnen

Doppeldiagnosen stellen eine Herausforderung für die klinische Beurteilung dar, da nur unter bestimmten Bedingungen von einer Dualstörung zu sprechen ist. „Es gilt festzustellen, ob eine SMA und eine PsyS mit oder ohne gemeinsame Symptome (z.B. Interessensverlust, Schuldgefühle bei Depressionen und Alkoholabhängigkeit) vorliegen oder ob lediglich einzelne Symptome auftreten, ohne dass die Kriterien für beide Störungen erfüllt sind. Liegen beide Störungen vor, muss der Frage nachgegangen werden, ob die PsyS substanzinduziert (z.B. Intoxikation, Entzug) oder substanzunabhängig ist. Ausschließlich bei substanzunabhängiger PsyS spricht man von Doppeldiagnose bzw. Komorbidität.“ (Saß et al. 1996: o.S. zit. n.: Moggi

¹ Bei einer Dysthymia handelt es sich um eine „chronische depressive Verstimmung, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gegenwärtig nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung (...) erfüllt. (Weltgesundheitsorganisation 2005:150)

2007:18) Man spricht demnach nur dann von einer Doppeldiagnose, wenn die psychische Erkrankung nicht substanzinduziert ist, d.h. wenn die psychische Störung nicht die Folge der Suchtmittelstörung ist.

Laut Moggi/Donati (2004:6) treten bei DoppeldiagnosepatientInnen Affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Psychotische Störungen am häufigsten auf. Sie sind für die Doppeldiagnose am relevantesten und werden auch primäre, substanzunabhängige oder eigenständige psychische Störungen genannt. In folgender Abbildung wird die Differentialdiagnose von Doppeldiagnose vs. Substanzintoxikation, Substanzentzug oder Substanzinduzierte Psychische Störung skizziert.

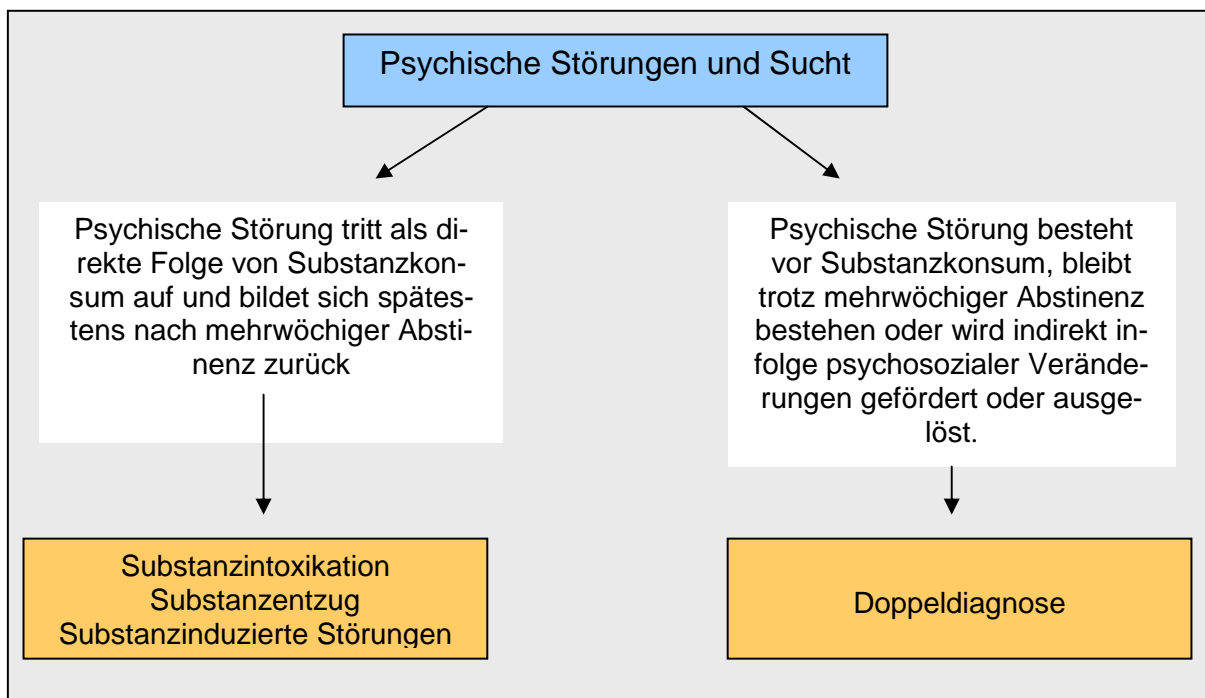


Abbildung 2

Moggi/Donati (2004:16) führen eine Faustregel zur Differentialdiagnose bei DoppeldiagnosepatientInnen an: Von einer nicht-substanzinduzierten Störung wird dann ausgegangen, wenn die Symptome noch über vier Wochen nach einer akuten Intoxikations- oder Entzugssymptomatik bestehen.

Während Saß et al., Moggi und Donati die drogeninduzierten psychischen Erkrankungen von einer Doppeldiagnose ausschließen, führt Gouzoulis-Mayfrank drei Erklärungsmodelle von Doppeldiagnosen bzw. der Komorbidität von Suchtmittel- und psychischer Störung an und inkludiert dabei auch das Modell der Psychoseinduktion.

Dies bedeutet, dass sich Gouzilous-Mayfrank an der weiten Begriffsbestimmung von Feinstein orientiert und eine drogeninduzierte psychische Erkrankung nicht von einer Doppeldiagnose ausschließt. Da es eine rege Diskussion unter den ExpertInnen gibt, welche Erkrankung beim gleichzeitigen Auftreten von Suchtmittel- und psychischen Störungen sich zuerst manifestiert hat, beschäftigt sich das folgende Kapitel mit Modellen, die das gleichzeitige Auftreten von Psychosen und Suchterkrankungen beschreiben.

2.4.2 Erklärungsmodelle nach Gouzoulis-Mayfrank

Gouzoulis-Mayfrank erklärt die hohe Komorbidität zwischen Psychosen und Suchterkrankungen mittels drei Modellen.

Selbstmedikationshypothese

Die Selbstmedikationshypothese geht davon aus, dass zuerst die psychische Störung und als Folge die Suchtmittelstörung auftritt. Das Suchtverhalten wird als ein ungünstiger Copingversuch auf direkte Symptome oder Auswirkungen der schizophrenen Psychose betrachtet. Außerdem wird angenommen, dass die schizophrene Psychose den Verlauf und die Prognose der Suchterkrankung beeinflusst. (vgl. Khantzian 1987:o.S. zit. n.: Gouzoulis-Mayfrank 2007:7)

Modell der Psychoseinduktion

Dieses Erklärungsmodell versteht den Drogenkonsum als Ursache für den Ausbruch einer Psychose. Bereits der Konsum von Cannabis und Halluzinogenen führt zu einem Rauschzustand, der mehr oder weniger deutliche Ähnlichkeiten mit den Symptomen florider schizophrener Psychosen hat (vgl. Bowers 1987:o.S. zit. n.: Gouzoulis-Mayfrank 2007:11). Bei Komplikationen des Konsums von Substanzen kann es zu sog. drogeninduzierten schizophrenieformen Psychosen kommen, die einige Tage bis zu einer Woche dauern können (vgl. Johns 2001:o.S. zit. n.: Gouzilous-Mayfrank 2007:11). Nach Gouzoulis-Mayfrank (2007:11) wird von drogeninduzierter Psychose dann gesprochen, wenn es auch ohne Fortsetzung des Konsums zu einem weiteren Verlauf einer schizophrenen Psychose kommt.

Modell der gemeinsamen ätiologischen Faktoren

„Das dritte Grundmodell sieht vor, dass sowohl die schizophrene Psychose als auch die Sucht eine gemeinsame neurobiologische Grundlage bzw. einen gemeinsamen prädisponierenden Faktor aufweisen. Da sowohl schizophrene Psychosen als auch Suchtstörungen jeweils starke genetische Komponenten aufweisen, liegt es nahe auch für die Komorbidität eine genetische Grundlage anzunehmen.“ (Gouzoulis-Mayfrank 2007:16)

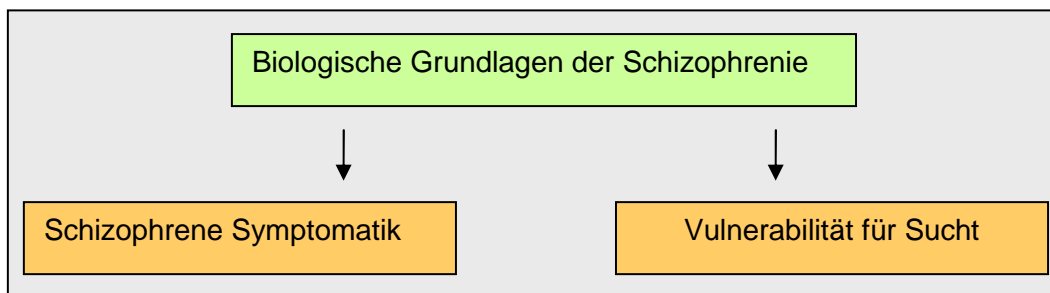


Abbildung 3

Das Modell der gemeinsamen ätiologischen Faktoren geht davon aus, dass die Ursache für das Auftreten der schizophrenen Symptomatik und die Voraussetzungen für die Entwicklung einer Sucht in der biologischen Grundlage des Menschen liegen kann. Nach Chambers et al. (2001:71-83 zit. n.: Gouzoulis-Mayfrank 2007:16) wird auf Grund einiger präklinischer und klinischer Befunde angenommen, „dass die neurobiologischen Grundlagen der Schizophrenie gleichzeitig diejenigen neuronalen Mechanismen begünstigen, die die positiven Verstärkungseffekte psychotroper Substanzen (...) vermitteln und somit die Vulnerabilität für eine Suchtentwicklung erhöhen.“(ebd.) Damit wird in der genetischen Grundlage ein Zusammenhang zwischen der Gefahr eine Psychose zu entwickeln und der Gefahr einer Suchtentwicklung angenommen.

2.4.3 Verwendung der Begriffe in der Literatur

In der Fachliteratur wird der Begriff Doppeldiagnose oft mit dem Komorbiditätsbegriff im gleichen Bedeutungszusammenhang verwendet. Moggi (2007:16) schreibt, dass bereits seit 1991 häufiger der schwerfälliger Begriff der Komorbidität verwendet wird. Er bezeichnet ihn auch als den präziseren Begriff der beiden, da er mit Angabe der fokussierten PsyS und SMA verwendet wird. Der Gebrauch des Doppeldiagno-

sebegriffs in wissenschaftlichen Publikationen begann 1989, als zwei Zeitschriften (Journal of Psychoactive Drugs und Hospital and Community Psychiatry - heute Psychiatric Services) je eine Schrift über Doppeldiagnosen publizierten. Davor wurde der Begriff sehr selten gebraucht. In dieser Arbeit werden der Doppeldiagnosebegriff und der Komorbiditätsbegriff verwendet und in beiden Fällen ist darunter das gemeinsame Auftreten einer Suchtmittel- und einer psychischen Störung zu verstehen.

3. Einschätzung der Betroffenzahlen

In der Fachliteratur werden mehrere Studien zitiert, die aufgrund ihrer individuellen Erhebungsmethoden schwer vergleichbar sind. Nach Scheibenbogen/Feselmayer (2008:o.S.) sind viele methodische Probleme der Grund für die sehr große Spannweite der epidemiologischen Zahlen. Als Beispiel wird angegeben, dass in Studien sehr oft PatientInnen verglichen werden, die unterschiedlichen Alters sind. Nach Scheibenbogen/Feselmayer (ebd.) sei klar, dass die Lebenszeitprävalenz² von psychischen Störungen mit dem Alter ansteigt. Außerdem würden Studien, die in Suchtkliniken durchgeführt werden, auch immer etwas höhere Prävalenzzahlen aufweisen als Studien, die in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt wurden. In dieser Arbeit wird daher auf die Ausführung sämtlicher Studien verzichtet und stattdessen die Ergebnisse einer eigens durchgeführten Erhebung dargestellt. Das Forschungspraktikum wurde dazu genützt, neben dem zentralen Forschungsprozess eine Einschätzung der Betroffenzahlen aller derzeitigen KlientInnen des Psychosozialen Dienstes (PSD), die von der Doppelproblematik psychische Störung und Suchtmittelstörung betroffen sind, zu erheben. Die sechs Sozialarbeiterinnen des PSDs St. wurden gebeten, auf Basis ihrer Erfahrungen und der Aktenvermerke eine Einschätzung abzugeben. Es entstand folgendes Zahlenmaterial:

Insgesamt wurden zum Erhebungszeitpunkt (Jänner 2009) von den sechs Sozialarbeiterinnen 286 KlientInnen betreut. Dazu sind alle Personen zu zählen, zu denen im Jahr 2008 mindestens einmal Kontakt bestanden hat. Laut den Sozialarbeiterinnen sind von den 183 Klientinnen bei 28 Frauen und von 103 Klienten bei 24 Männern eine Suchtstörung und eine psychische Störung diagnostiziert worden, weitere 22

² Darunter ist der Anteil der Risikopopulation zu verstehen, der innerhalb der gesamten Lebensspanne die untersuchte Störung aufweist. (vgl. Moggi 2007:27)

Frauen und 7 Männern weisen, laut den Einschätzungen der Sozialarbeiterinnen, eine Doppelproblematik auf, die bisher nicht diagnostiziert wurde. Auffallend ist die hohe Quote (23,3%) der Männer, bei denen zusätzlich zur psychischen Störung eine Suchtstörung diagnostiziert wurde, bei den Frauen hingegen sind es 15,3%. Es zeigt sich auch, dass die Sozialarbeiterinnen bei herausragend vielen Frauen eine zusätzliche Suchtstörung vermuten, die bisher nicht diagnostiziert wurde, sie stellen 12% aller betreuten Frauen dar.

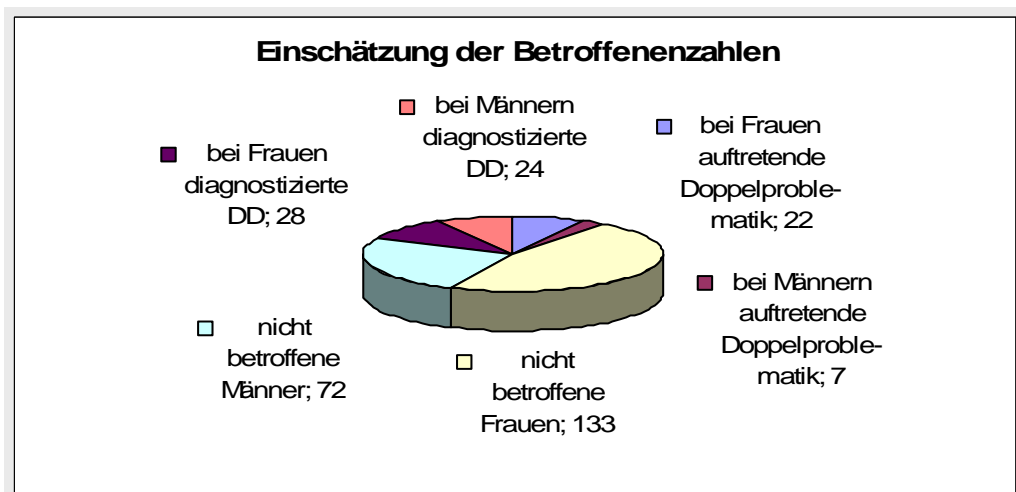


Abbildung 4

Diese Daten geben Anlass für Fragen und Vermutungen. Es kann z.B. angenommen werden, dass bei Frauen die Suchtstörung häufig unterdiagnostiziert wird. Mögliche Gründe dafür könnten sein, dass sie weniger oft in ärztlicher Betreuung sind als Männer oder ihre Abhängigkeit bzw. ihren Missbrauch geschickter und häufiger verheimlichen. Eine diagnostizierte Doppeldiagnose zeigt sich prozentuell bei Männern deutlich häufiger, dies könnte damit zusammenhängen, dass die Alkoholsucht als Männerphänomen bezeichnet werden kann. Weiters zeigt eine Studie von Wittchen et al. (1997:o.S. zit. n.: Soyka 1998:24f) bei Männern eine durchschnittlich doppelte Missbrauchsrate von illegalen Substanzen gegenüber Frauen. Zu Beginn der Umfrage war nicht zu erwarten, dass bei einem derart hohen Anteil der PSD-KlientInnen eine Doppelproblematik vermutet werden würde.

4. DoppeldiagnosepatientInnen im Hilfesystem

4.1 Die Therapie als „Mission Impossible“

Gouzoulis-Mayfrank (2007:29) bezeichnet die Behandlung von PatientInnen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht als eine besondere therapeutische Herausforderung, da sie die Verbindung von Vorgehensweisen fordert, die in gewisser Weise konträr erscheinen. Gouzoulis-Mayfrank meint damit die Konzepte aus der psychiatrischen Krankenversorgung und aus der Suchttherapie. Es ist anzunehmen, dass nicht nur die Behandlung von Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht, sondern auch alle anderen Komorbiditäten von psychischen Störungen und Suchtstörungen eine Herausforderung für die professionellen HelferInnen darstellen. Auch nach Moggi (2007:19) wird die Behandlung von DoppeldiagnosepatientInnen erschwert durch die innerhalb des Versorgungssystems vorgenommene Trennung zwischen den Behandlungssystemen für psychische Störungen und jenen für Suchtmittelstörungen. Außerdem verhindere sie oft eine integrative Betrachtungsweise von Doppeldiagnosen. Moggi et al. (1997:o.S., Mueser/Kavanagh 2004:o.S. zit. n.: Moggi 2007:19) begründen dies damit, dass beide Behandlungssysteme über Jahrzehnte hinweg eigene therapeutische Standards entwickelt haben. Sie seien daher auch bemüht, ausschließlich PatientInnen ohne Doppeldiagnose in ihre Angebote aufzunehmen. Nach Schwoon/Krausz (1992:7) gehen Einrichtungen umso selektiver vor, je spezialisierter sie sind.

Auch Gouzoulis-Mayfrank (2007:29) stellt den Ausschluss von Menschen mit Suchtmittelstörung und psychischer Störung vom Betreuungssystem fest. Bei vielen suchttherapeutischen Einrichtungen stelle die Diagnose einer Psychose ein Ausschlusskriterium für eine stationäre Aufnahme dar. Auf allgemeinpsychiatrischen Stationen bereitet die Behandlung von DD-PatientInnen für das Personal und für die MitpatientInnen Probleme, da ein Maß an Kontrollen und Konsequenz gefordert wird. Moggi et al. (1997:o.S., Mueser/Kavanagh 2004:o.S. zit. n.: Moggi 2007:19) sehen als die beiden Hauptprobleme die Integration störungsspezifischer Interventionen und die Eingliederung in langfristige Behandlungsprogramme.

Es wird deutlich, dass Komorbidität eine oft nicht annehmbare Herausforderung sowohl für den Bereich der Psychiatrie als auch für Einrichtungen der Suchtkrankenhil-

fe darstellt. Thacker/Tremaine (1989:o.S., Minkoff/Drake 1991:o.S. zit. n.: Schwoon/Kraus 1992:127) begründen dies mit unzureichender personeller Ausstattung, Defiziten in der Ausbildung und der spezifischen Qualifikation für beide therapeutische Bereiche. Nach Schwoon/Krausz (1992:9) sind DoppeldiagnosepatientInnen nicht nur eine Herausforderung für den therapeutischen Umgang, sondern auch für die psychiatrische Diagnostik, für Fragen der Pharmakotherapie, für krankheitstheoretische Modellvorstellungen und für vieles andere mehr. Roberts et al. (1992:o.S. zit. n.: Moggi 2007:18) stellte sich sogar die Frage, ob die Behandlung von PatientInnen mit Doppeldiagnose eine „Mission Impossible“ sei. Dies bringt deutlich die Hilflosigkeit der ExpertInnen zum Ausdruck.

Alle angeführten AutorInnen sind sich über die unbefriedigende Betreuungssituation, in der sich DoppeldiagnosepatientInnen befinden, einig. Außerdem wird ein Handlungsbedarf auf Seiten der ProfessionistInnen deutlich. Offensichtlich sehen sich die beiden getrennten Versorgungssysteme (die Suchtmittelhilfe und psychiatrische Hilfe) nicht für DoppeldiagnosepatientInnen zuständig und/oder fühlen sich überfordert. Es kann vermutet werden, dass sich das Hilfsangebot auch aus Sicht der Betroffenen sehr unbefriedigend darstellt.

„Die Schwierigkeiten im Umgang mit diesen Patienten schlagen sich in Verlegungs- und Verschiebeaktionen nieder. Im Spannungsfeld des Dreiecks Psychiatrie – Suchtfachsystem – Selbsthilfe mit den vielen wechselseitigen Vorurteilen und der mangelnden Kooperation gehen diese Patienten unter. Sie seien ‚zu schwierig‘, durch Hausordnungen und Therapieprogramme überfordert, durch das Therapiekonzept nicht erreichbar usw. So erklärt man sich auf therapeutischer Seite für nicht zuständig, räumt sogar eigene Überforderungen oder Inkompetenz ein...“ (Schwoon/Krausz 1992:137) Dies zeigt, dass den professionellen HelferInnen die unbefriedigende Betreuungssituation von DoppeldiagnosepatientInnen bewusst ist und sie selbst einen Handlungsbedarf in der Versorgung von Betroffenen sehen, allerdings scheint die Entwicklung von Lösungsansätzen eine besonders große Herausforderung darzustellen. Durch die Unsicherheit der spezialisierten Versorgungssysteme kommt es dazu, dass Betroffene von einer Einrichtung zur anderen geschickt werden und folglich die Hoffnung auf eine adäquate Unterstützung verlieren. Moggi/Donati (2004:2f) bezeichnen die „Hin- und Herschiebung“ von DoppeldiagnosepatientInnen zwischen den Angeboten der Suchthilfe und der psychiatrischen Hilfe als „Ping-Pong“ Thera-

pie. Sie erklären sich dies damit, dass den meisten Einrichtungen im Versorgungssystem, die sich auf die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen spezialisiert haben, die Schwierigkeiten der Behandlung von Doppeldiagnosen bewusst sind und sich gezwungen sehen, PatientInnen mit einer psychiatrischen Begleitdiagnose in eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung zu verweisen. Umgekehrt versuchen psychiatrische oder psychotherapeutische Einrichtungen, PatientInnen, die zusätzlich an einer Suchtmittelproblematik leiden, in die Suchthilfe weiterzuvermitteln, um eine Aufnahme zu vermeiden. Wessel (1996:79) sieht die Versorgungsrealität von DoppeldiagnosepatientInnen dadurch gekennzeichnet, dass viele im „Bermuda-Dreieck“ von Psychiatrie, Obdachlosenhilfe und Suchtkrankenhilfe untergehen.

Während Schwoon/Krausz die Selbsthilfe als dritten Weg im Versorgungssystem betrachten, sieht Wessel die Obdachlosenhilfe als Auffangnetz für Betroffene, die weder in der Suchtkrankenhilfe noch in psychiatrischen Einrichtungen Unterstützung finden. Hier können sie nach Wessel (1996:79) den „Fangarmen der Gemeindepsychiatrie und der Suchtkrankenhilfe“ ausweichen, ohne die erworbene Versorgungserhaltung ganz aufgeben zu müssen. Wessel sieht die Mitarbeiter der Obdachlosenhilfe letztlich auch mit der Betreuung von DoppeldiagnosepatientInnen überfordert und oft bleibe nur mehr die Entlassung der Betroffenen auf die Straße.

Es zeigt sich ein Bild der völligen Überforderung des Hilfesystems. DoppeldiagnosepatientInnen scheinen sich in einem Versorgungsnetz zu befinden, das ratlos zuseht, wie Menschen mit doppelter Belastung nach gescheiterten Therapieversuchen auf der Straße zurückbleiben.

4.2 Die Suchtmittelstörung und ihre therapeutische Umgebung

Die Suchtstörung von DD-Betroffenen wird in der Suchttherapie und in der psychiatrischen Krankenversorgung unterschiedlich behandelt. Welche Therapieansätze die beiden Versorgungssysteme anwenden und welche Schwierigkeiten sich daraus ergeben, wird im folgenden Kapitel beschrieben.

Die Substanzabhängigkeit wird nach dem Suchttherapiemodell als primäres Problem angesehen und die Abstinenz als Problemlösung angestrebt. „Traditionell suchttherapeutische Einrichtungen stellen üblicherweise hohe Anforderungen an die Absti-

nenzmotivation ihrer Klienten. Wer einen Therapieplatz für eine Entwöhnungsbehandlung erhalten will, muss in der Regel durch starke Entschlossenheit für diesen Weg überzeugen und einen hohen Grad an Einschränkungen und Kontrollen akzeptieren. Rückfälle bedeuten immer noch häufig das Ende der stationären Behandlung.“ (Gouzoulis-Mayfrank 2007:33). Aus der sozialarbeiterischen Tätigkeit in der Obdachlosenhilfe ist festzustellen, dass nur ein geringer Anteil der KlientInnen mit einer Suchtmittelstörung diese geforderte Entschlossenheit aufweist. KlientInnen sehen in einer Änderung ihres Konsumverhaltens oft keinen Sinn und können daher auch keine Abstinenzmotivation entwickeln. Außerdem verlieren Betroffene, die Rückfälle erlebt haben, häufig die Hoffnung auf ein drogenfreies Leben. Gouzoulis-Mayfrank (2007:33) bestätigt diese Beobachtungen und erachtet die Abstinenz oder eine langfristige Abstinenzmotivation als Voraussetzung für die Behandlung von DoppeldiagnosepatientInnen als nicht sinnvoll. Für die Mehrzahl der DDP könnte vielmehr die Stärkung der Abstinenzmotivation und der Abstinenzzuversicht ein wichtiges mittelfristiges Ziel sein. Nach Musalek (2008:o.S.) erscheint es sinnvoll, als wesentliches Ziel der Suchttherapie den moderaten Gebrauch bzw. einen „meisterlichen Gebrauch“ anzustreben. PatientInnen wollen nicht abstinent sein, sondern ihren Gebrauch wie alle anderen meistern. Darunter ist der zeitweise Konsum von Suchtmitteln gemeint, der dann erfolgt wenn er gewollt ist und keinen inneren Zwang darstellt. Da noch kein Therapiekonzept entwickelt werden konnte, welches dies ermöglicht, ist die Abstinenz noch immer das zentrale Ziel der Suchttherapie. (vgl. ebd.)

Loneck/Way (1997:o.S. zit. n.: Gouzoulis-Mayfrank 2007:29) beschreiben die Betonung bzw. die Konfrontation mit der Eigenverantwortlichkeit der PatientInnen als Charakter der Suchttherapie. Im Gegensatz dazu habe die psychiatrische Krankenversorgung einen stützend-fürsorglichen Charakter.

Der fürsorgliche Charakter der psychiatrischen Krankenversorgung wirkt sich auch auf den Umgang mit der zusätzlichen Suchtstörung aus. „Immer noch kommt es vor, daß sich psychiatrisches Personal quasi schützend vor einen Patienten wirft, dem eine ‚Suchtdiagnose angehängt‘ werden soll. Sucht erscheint weiterhin als eine Krankheit zweiter Klasse, so daß im diagnostischen Jargon allenfalls so weit gegangen wird, von einem ‚sekundären Abusus‘ zu sprechen.“ (Schwoon/Krausz 1992:8) Aus diesem Zitat kann interpretiert werden, dass die Suchtstörung in der psychiatrischen Krankenversorgung nicht ernst genug genommen, sondern lediglich als Ne-

benerscheinung der psychischen Störung betrachtet wird. Die Autoren schließen diese Zweitrangigkeit der Suchtmittelstörung daraus, dass sie in den Krankenakten äußerst selten dokumentiert wurde. Auch Anath et al. (1989:o.S., Shaner et al. 1993:o.S. zit. n.: Brodbeck 2007:161) schreibt über die Unterdiagnostizierung von Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit in psychiatrischen Institutionen. Als Gründe werden von Carey/Correia (1998:o.S. zit. n.: Brodbeck 2007:161) angeführt, dass die negativen Konsequenzen des Suchtmittelkonsums nicht so offensichtlich wie bei Menschen ohne psychischer Störung sind. Beispielsweise könnten Halluzinationen, Angst oder Depressionen auf die psychische Störung zurückgeführt werden. Außerdem gebe es zu wenig substanzspezifische Erfassungsinstrumente, die für Menschen mit schwerer psychischer Störung geeignet sind. Es ist festzustellen, dass die angeführten AutorInnen hauptsächlich im psychiatrischen Versorgungssystem einen Handlungsbedarf erkennen. Vor allem Schwoon/Krausz heben dies hervor. „Die Psychiatrie als Institution der Versorgung und Ausbildung und als wissenschaftliche Teildisziplin wird nicht umhin können, sich dieser Patientengruppe intensiver zu widmen. Denn es handelt sich um insgesamt gesehen psychisch besonders schwer gestörte Menschen, die eigentlich längst ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt sein müssten.“ (Schwoon/Krausz 1992:9)

4.3 Die Behandlung von DoppeldiagnosepatientInnen

Gouzoulis-Mayfrank (2007:30) führt drei Herangehensweisen der Behandlung von DoppeldiagnosepatientInnen an, die sequenzielle, die parallele und die integrierte Behandlung. Der folgende Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit den Unterschieden dieser drei Behandlungsmodelle.

4.3.1 Die traditionellen Therapiemodelle

Gouzoulis-Mayfrank (2007:30) sieht die sequenzielle und die parallele Behandlung als die beiden traditionellen Therapiemodelle. In der Vergangenheit sei es meist zur Anwendung des sequenziellen Modelles gekommen. Dabei wurden die beiden Störungen nacheinander behandelt. Beispielsweise wurde erst das Erreichen einer stabilen Abstinenz vom Suchtstoff angestrebt und erst danach eine psychiatrische Behandlung durchgeführt. Umgekehrt konnten auch erst in einer psychiatrischen Klinik eine Stabilisierung der psychischen Störung und anschließend eine Entwöhnung in einer suchttherapeutischen Einrichtung erfolgen. Bei diesem Modell fielen aufgrund

der jeweiligen Eingangsvoraussetzungen der Einrichtungen viele PatientInnen durch „die Maschen“ der beiden Behandlungs- und Versorgungssysteme. (vgl. ebd.)

Beim verbreiteten parallelen Therapiemodell werden nach Hellerstein/Meehan (1987:o.S. zit. n. Gouzoulis-Mayfrank 2007:30) die beiden Störungen zugleich, allerdings in getrennten Institutionen behandelt. Gouzoulis-Mayfrank (ebd.) führt folgendes Beispiel an: DDP erhalten ihre psychiatrische Therapie (teil)stationär oder ambulant, während sie parallel dazu Termine bei der Suchtberatungsstelle wahrnehmen und Selbsthilfegruppen besuchen. Dies bedeutet, die PatientInnen werden mit den divergenten traditionellen Philosophien der beiden Versorgungssysteme konfrontiert. Sie bekommen dies durch die unterschiedlichen Interaktionsstile, Ratschläge und Bewertungen zu ihren Problemen zu spüren. Darin sieht Gouzoulis-Mayfrank auch die Problematik der Umsetzung dieses Therapiemodells. Die Patienten seien durch die unterschiedlichen Betreuungskonzepte verunsichert, daher ist auch das parallele Modell ähnlich ineffizient wie das sequenzielle (vgl. Minkoff et al. 1989:o.S. zit. n.: Gouzoulis-Mayfrank 2007:30).

Beide traditionellen Therapiemodelle scheinen bisher nicht die optimale Herangehensweise der Behandlung von DDP zu gewährleisten. Eine dritte Form der Behandlung, das auch das jüngste Modell darstellt, verspricht eine adäquatere therapeutische Versorgung von DDP.

4.3.2 Das Integrative Therapiemodell

Die ExpertInnen sind sich mittlerweile darüber einig, dass bei DDP eine integrierte Behandlung zu bevorzugen sei. Hierbei sollen die Suchtmittelstörung und die psychische Störung von TherapeutInnen behandelt werden, die in beiden Bereichen kompetent und erfahren sind. (vgl. Minkoff 1989:o.S. u.a. zit. n.: Gouzoulis-Mayfrank 2007:30) „Derselbe Kliniker oder das klinische Team sollte angemessene Interventionen für beide Störungen koordiniert anbieten und den DDP durch eine Reihe von Lernschritten begleiten können, um seine miteinander zusammenhängenden Krankheiten zu bewältigen.“ (Bellak/DiClemente 1999:o.S. u.a. zit. n.: Drake/Mueser 2007:205f) Nach Drake/Mueser (2007:206) ist der Kliniker oder das Behandlungsteam dafür verantwortlich, „dass für den DDP die Interventionen als ein kohärentes Paket geschnürt und die Behandlung als ein einheitlicher Ansatz und in sich stimmiges Set von Empfehlungen wird.“ (ebd.) Dieses Therapiemodell zeichnet sich dem-

nach durch die Zusammenführung suchtherapeutischer und psychiatrischer Maßnahmen zu einem einheitlichen Behandlungsvorgehen aus.

McHigo et al. (2004:o.S. zit. n.: Gouzoulis-Mayfrank 2007:31) bezeichnet das integrierte Therapiemodell als ein aufeinander Abstimmen der stützend-fürsorglichen Konzepte der psychiatrischen Krankenversorgung und der klassischen suchtherapeutischen Ansätze. Die Behandlung des/der Patienten/Patientin richtet sich sehr stark nach dem aktuellen Befinden bzw. nach der Erkrankungsphase des/der jeweiligen Betroffenen. Auch Mueser/Kavanagh (2001:o.S. zit. n.: Moggi/Donati 2004:52) bringen dies zum Ausdruck und schreiben: „Die Patienten benötigen für sie individuell zugeschnittene, integrative Beratungs-, Therapie- und Rehabilitationsangebote, die wirksame Interventionen für psychische Störungen und Substanzstörungen kombinieren, modifizieren und integrieren.“

Im Gegensatz zum sequenziellen und parallelen Therapiemodell, gestaltet sich der integrative Behandlungsansatz flexibel. Es wird deutlich, dass hier die therapeutischen Maßnahmen auf den Befindlichkeitszustand des Betroffenen abgestimmt werden und nicht umgekehrt, wie in den traditionellen Therapiemodellen, nach denen sich die PatientInnen den Philosophien der beiden Versorgungssysteme Suchtmittelhilfe und psychiatrische Krankenversorgung anzupassen hatten.

II EMPIRISCHE FORSCHUNG

5. Forschungsprozess

Bevor die Forschungsergebnisse dargelegt werden, erfolgt die Skizzierung des Weges von der Forschungsfrage bis zur Ergebnisdarstellung. Dies soll die Forschungsergebnisse transparenter und nachvollziehbar machen.

5.1 Forschungsfrage

In der Eingangsphase des Arbeitsprozesses war es notwendig, mein Forschungsinteresse zu definieren und daraus eine exakte Forschungsfrage zu entwickeln. Es war mir wichtig, das Thema Doppeldiagnose aus Sicht der Betroffenen zu beleuchten, da meiner Meinung nach die Klientinnen, als ExpertInnen ihrer Lebenswelt, wichtige Quellen für die Sozialarbeitsforschung darstellen. Betroffene können aus meiner Sicht relevante Informationen für die Entwicklung sozialarbeiterischer Handlungsstrategien liefern und außerdem einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung einer bedürfnisorientierten Sozialarbeit leisten. Die Ausgangslage der Untersuchung führte mich zur Frage, wie das Betreuungsangebot sozialer Einrichtungen von mit Doppelproblematik betroffenen KlientInnen wahrgenommen wird. Ich hielt diese Fragestellung auch deshalb für sehr spannend, da ich bei meinen Recherchen auf keine ähnliche bereits bestehende Forschungsarbeit gestoßen bin. Auch in der Fachliteratur waren keine Informationen über die Betreuungsangebote von sozialen Einrichtungen aus Sicht der KlientInnen vorzufinden. Meine Forschungsfrage lautet daher:

Wie erleben Menschen mit der Doppelproblematik psychische Erkrankung und Suchtmittelstörung ihr professionelles Hilfesystem und wie bedürfnisorientiert gestaltet sich die professionelle Unterstützung?

5.2 Wahl der Erhebungsmethode

5.2.1 Qualitative Sozialforschung

Die offene Forschungsfrage verlangt nach einer Forschungsmethode, die einen flexiblen Forschungsprozess erlaubt und auch den Forschungsergebnissen offen begegnet. Hoffmann-Riem (1980:343f zit. n.: Girtler 1984:38) erkennt die „Offenheit“ als Vorteil der qualitativen Sozialforschung. Dies bedeutet, dass der zu erforschende Gegenstand vor der Forschung nicht oder nur wenig strukturiert wird. Erst während des Forschungsprozesses ergibt sich die Strukturierung. Glaser/Strauss (1974:10f zit. n.: Girtler 1984:38f) stimmen dem zu und sprechen vom prozessualen Charakter der Theorien, da sie erst während des Forschungsprozesses anhand der vorliegenden Daten entwickelt werden. Hypothesen werden bei der Felderkundung laufend modifiziert. „Im Gegensatz zu den quantitativen Methoden fordern die qualitativen Methoden daher einen Forschungsprozeß, welcher durch eine echte Kommunikation des Forschers mit den Individuen der zu erforschenden Kultur oder Gruppe bestimmt ist.“ (Schütze 1973:441 zit. n.: Girtler 1984:39)

5.2.2 Das Leitfadengestützte Interview

Als Erhebungsmethode wurde das leitfadengestützte bzw. teilstrukturierte Interview gewählt. „Auch für die Durchführung eines ‚offenen‘ Interviews wird gewöhnlich ein Leitfaden, an den sich der Interviewende mehr oder weniger sklavisch zu halten hat, empfohlen. Ein solcher Leitfaden kann jedoch die Gesprächssituation belasten und Ergebnisse liefern, die vielleicht mit der sozialen Situation des Befragten wenig zu tun haben.“ (Hopf 1978:107 zit. n.: Girtler 1984:154) Um dies zu vermeiden, kam der Interviewleitfaden nur dann zum Einsatz, wenn zu befürchten war, weit vom Thema abzukommen oder um bei langen Gesprächspausen die InterviewpartnerInnen zum Weitererzählen anzuregen. „Qualitative Interviews arbeiten mit narrativen Elementen (narrare, lat.: erzählen), die subjektive Meinung wird nicht einem quantifizierbaren Fragenkatalog subsumiert, sondern ist gerade als ganz persönliche Antwort auf eine Frage gefordert.“ (Schmidt-Grunert 1999:39) Da ein bestimmter Untersuchungsgegenstand im Zentrum des Gesprächs stand (vgl. Bortz/Döring 1984:232 zit. n.: Mayr/Meixner/Waidacher 1996:o.S.), kann auch von einem fokussierenden Interview gesprochen werden. Meine Einstiegsfrage zum Thema lautete:

Können Sie mir erzählen, welche Erfahrungen sie mit Menschen und Institutionen gemacht haben, bei denen Sie Hilfe suchten?

Folgende Fragen waren nützlich, um zum Erzählen anzuregen:

- Welche Erwartungen hatten Sie an den/die HelferIn?
- Wie haben Sie sich als Hilfesuchende/r gefühlt?
- Mit welchem Problem haben Sie sich an sie/ihn gewendet?
- Wie hätte man Ihnen besser helfen können?
- Wenn es Ihnen wieder schlechter gehen würde, an wen wenden Sie sich?

5.2.3 Prinzipien der Interviewführung

Bei der Interviewführung wurde auf die Einhaltung folgender Prinzipien geachtet:

Der subjektiven Welt des/der Interviewpartners/Interviewpartnerin wurde mit Interesse und Neugier begegnet. Der/Die Befragte wurde als Experte/Expertin betrachtet und die subjektive Sichtweise der interviewten Person stellte das Zentrum des Interviews dar. Widersprüche, die innerhalb des Interviewkontextes für die befragte Person durchaus Sinn machen konnten, wurden zu einem passenden Zeitpunkt angesprochen. Weiters wurde versucht, sich in die Sichtweise des Gegenübers hineinzuversetzen und emphatisch zu sein. Dem Thema wurde mit einer methodisch kontrollierten Unwissenheit bzw. kontrollierten Fremdheit begegnet und dem/der Interviewten aufmerksam zugehört. Das Prinzip der Offenheit hatte Vorrang und spezielle Werturteile wurden vermieden. (vgl. Froschauer/Lueger 1992:36, Weyers o.J.:o.S.)

5.3 Untersuchungspopulation

5.3.1 Kontaktaufnahme

Die Kontaktaufnahme zur Untersuchungspopulation erfolgte während meines Forschungspraktikums beim Psychosozialen Dienst in St. Pölten. Meine Rolle als Praktikantin erleichterte mir den Zugang zu den potentiellen InterviewpartnerInnen. In der Teamsitzung, wo sowohl die SozialarbeiterInnen, als auch einige Ärzte/Ärztinnen anwesend waren, präsentierte ich mein Forschungsinteresse und erkundigte mich

bei den MitarbeiterInnen nach KlientInnen, die ihrer Meinung nach von einer Doppelproblematik betroffen sind bzw. waren oder eine diagnostizierte Doppeldiagnose aufweisen. Mit drei betroffenen Klientinnen konnte ich bei den nächsten Gesprächsterminen mit ihrer Sozialarbeiterin direkten Kontakt aufnehmen und nach ein bis fünf weiteren Treffen einen Interviewtermin vereinbaren.

5.3.2 Schwierigkeiten bei der Auswahl

Der Weg von der Forschungsfrage bis hin zu den Interviewterminen gestaltete sich in manchen Bereichen schwierig. Bei meinen ersten Gesprächen mit den SozialarbeiterInnen des PSDs bekam ich die Rückmeldung, dass das Thema Doppeldiagnose zwar bei einer Weiterbildung thematisiert wurde, aber in ihrer Praxis nur selten vorkomme. Nach weiteren Gesprächen und ca. fünf Wochen später zeigte sich, dass doch einige KlientInnen des PSDs auch ein Suchtverhalten aufweisen. Eine plausible Erklärung für das „Auftauchen“ von betroffenen KlientInnen könnte die fokussierte Wahrnehmung des Konsumverhaltens von KlientInnen seitens der Sozialarbeiterinnen sein.

Bei der Auswahl der zu befragenden KlientInnen war zu überlegen, „welche Personen Informationen besitzen (könnten), die bei der Bearbeitung der Fragestellung hilfreich sind.“ (Reinders 2005:47). Die Schwierigkeit dabei war, abzuklären, ob nur Personen, die eine diagnostizierte Doppeldiagnose aufweisen, diese hilfreichen Informationen liefern würden, oder ob auch andere Betroffene, bei denen keine derartige Diagnostizierung vorliegt, auch in meine Ziel-Stichgruppe fallen sollten. Die Entscheidung fiel schließlich auf letzteres, da so einerseits der Zugang zur Untersuchungspopulation offener gehalten wurde und andererseits aus der Literatur hervorgeht, dass Doppeldiagnosen oft unterdiagnostiziert seien. Außerdem erschien es mir für mein Forschungsinteresse irrelevant, ob die auftretende Doppelproblematik diagnostiziert ist oder nicht. Zu meiner Untersuchungspopulation lassen sich daher alle KlientInnen zählen, die aus Sicht ihrer zuständigen Sozialarbeiterinnen neben ihrer psychischen Störung auch an einer Suchtmittelstörung leiden oder gelitten haben.

Um die Bereitschaft der KlientInnen für ein Interview zu erreichen, war es notwendig, sie über den genauen Vorgang und Inhalt des Interviews aufzuklären. Teilweise waren die Klientinnen sehr unsicher, lehnten die erste und zweite Anfrage ab oder versäumten den Interviewtermin. Die Schwierigkeit dabei war, in kurzer Zeit Vertrauen

zu den KlientInnen herzustellen, um mögliche Ängste vor dem Gespräch abzubauen. Mit Hilfe der Sozialarbeiterin gelang es, die Betroffenen zu motivieren, sich für ein Interview bereit zu erklären. Schlussendlich erhielt ich nach dem Interview von allen GesprächspartnerInnen das Angebot, mich bei weiteren Fragen jederzeit an sie wenden zu können.

5.3.3 Die InterviewpartnerInnen

Im Zeitraum vom 1. Dezember 2008 bis 31. Jänner 2009 wurden Interviews mit sieben betroffenen KlientInnen geführt, davon wurden drei Interviews transkribiert und ausgewertet. Die Namen der InterviewpartnerInnen wurden geändert und die Angabe der Daten auf das Geburtsjahr beschränkt, um die Anonymität der Personen sicherzustellen.

Interview Nr .	Name	Geburtsjahr	transkribiert und ausgewertet
Interview 1	Herr N.	1967	x
Interview 2	Frau A.	1969	x
Interview 3	Herr L.	1965	x
Interview 4	Frau U.	1956	
Interview 5	Herr P.	o.A.	
Interview 6	Herr W.	o.A.	
Interview 7	Herr Z.	o.A.	

Aus den sieben Interviewaufzeichnungen wurden jene drei transkribiert und ausgewertet, die die hilfreichsten Informationen zur Bearbeitung meiner Forschungsfrage vermuten ließen. Nach Reinders (2003:48) kann sich die Ziel-Stichprobe bei der Qualitativen Forschung im Laufe des Forschungsprozesses verändern. Personen, die vorher in die Stichprobe mit aufgenommen werden, können später wieder aus dem Sample herausfallen. Die Transkription erfolgte nach Empfehlungen von Frochauer/Lueger (2003:223) unter Beibehaltung des Dialektes. Neben den drei Interviews werden die Aktenaufzeichnungen von einem weiteren betroffenen Klienten herangezogen. Sie wurden in einem Protokoll zusammengefasst und auf gleiche Weise wie die Interviewtranskripte ausgewertet.

Protokoll Nr.	Name	Geburtsjahr	transkribiert und ausgewertet
Protokoll 1	Herr N.	geb. 1975	x

5.4 Die Auswertungsmethode nach der „Grounded Theory“

Die Interviewtranskripte wurden in Anlehnung an die Vorgehensweise der „Grounded Theory“ ausgewertet. „Grounded“ bedeutet *in der Theorie verankert* und drückt aus, dass die Theorien auf empirischen Daten und Einsichten beruhen und anhand dieser Daten entwickelt werden (vgl. Lamnek 2005:102). Nach Strauss/Corbin (1996:45 zit. n.: Roessler/Gaiswinkler 2006:158) werden bei der Grounded Theory die Daten nicht nur beschrieben, sondern analysiert. Im Grounded-Theory-Kontext wird die Datenanalyse oft als Kodieren bezeichnet, womit folgendes gemeint ist: „eine Beobachtung, ein Satz, ein Abschnitt oder vielleicht nur ein Wort werden herausgegriffen, und wir fragen uns: Was ist das? Was repräsentiert es?, und wir geben diesem Phänomen einen Namen – einen Kode“ (ebd.). Danach wird die Vielzahl an Kodes, zu sog. „Kategorien“ zusammengefasst. Die Kategorien müssen abstrakter als die zuvor entwickelten Kodes sein, da sie helfen sollen, Gruppen von Phänomenen zu ordnen und zu benennen. (vgl. Roessler/Gaiswinkler 2006:159) Durch die Kategorisierung und durch das Schreiben von Memos werden laufend Hypothesen gebildet, verworfen, modifiziert und bestätigt. Der erste Schritt meiner Datenanalyse war das Schreiben von Memos und gleichzeitig die Kodierung der Daten. Anschließend erfolgte die Bildung nachstehender Hauptkategorien:

- Auswirkungen des Hilfesystems auf die Betroffenen
- Wertvorstellungen: Wünsche von Betroffenen an ihr Hilfesystem
- Anforderungen des Hilfesystems an die Betroffenen

Die Hauptkategorien wurden anschließend in Subkategorien gegliedert. Die Memos, welche die ersten Interpretationsversuche darstellen, wurden anhand der Kategorien verifiziert oder falsifiziert und später in die Ergebnisdarstellung aufgenommen.

6. Kurzbeschreibung der Institutionen

Die in den Forschungsergebnissen auftretenden Institutionen sollen vorab für ein leichteres Verständnis in einigen Sätzen beschrieben werden. Weiters wird Wesentliches über die Sachwalterschaft angeführt.

6.1 Psychosozialer Dienst (PSD)

Der Psychosoziale Dienst (PSD) ist eine Einrichtung zur Beratung, Begleitung, Unterstützung und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Beim PSD St. Pölten werden KlientInnen mit jeder Form von psychischer Erkrankung betreut. Das multiprofessionelle Team, das sich aus SozialarbeiterInnen, FachärztInnen für Psychiatrie, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpfleger/-schwestern und Ergotherapeutinnen zusammensetzt, ist zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Unterstützung ist kostenlos und wird ausgehend von 12 Beratungsstellen in den Bezirksstädten Niederösterreichs flexibel und mobil angeboten. Neben den Einzelberatungen werden verschiedene Gruppen für Betroffene (Gruppen für psychisch erkrankte Frauen, Gruppen für alkoholranke PatientInnen, Borderline-Gruppe und Trialog-Gruppe) und für Angehörige abgehalten. Ein großer Teil der Beratungen findet in Form von Hausbesuchen statt. Zur Zielgruppe des Psychosozialen Dienstes zählen auch Menschen in psychischen Krisen und Menschen nach einem Aufenthalt in psychiatrischen Abteilungen in Krankenhäusern. (vgl. Psychosozialer Dienst o.A.)

6.2 Sachwalterschaft

Unter Sachwalterschaft versteht man die gesetzliche Vertretung von Menschen, die aufgrund einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Krankheit nicht in der Lage sind, bestimmte Angelegenheiten selbst zu erledigen, ohne dabei Gefahr zu laufen, benachteiligt zu werden. Ein/Eine SachwalterIn übernimmt die Verantwortung für jene Bereiche, in dem der/die Betroffene selbst nicht mehr handlungsfähig ist. Mit einer Sachwalterschaft betraut werden können nahestehende Personen (Angehörige, Freunde, Bekannte) der betroffenen Menschen, Sachwaltervereine, Rechtsanwälte, Notare oder andere geeignete Personen. Die Anregung einer Sachwalterschaft erfolgt meist durch Angehörige, eine Behörde oder eine psychosoziale Einrichtung. AnsprechpartnerIn ist der/die PflugschaftsrichterIn des zuständigen Bezirksgerichtes. Auch der/die Betroffene selbst kann schriftlich oder durch ein Gespräch ei-

nen derartigen Antrag stellen. Vor Bestellung eines/einer Sachwalters/Sachwalterin, wird in einem gerichtlichen Verfahren die Notwendigkeit einer Sachwalterschaft geprüft. Die Überprüfung erfolgt durch ein Gespräch mit dem/der Betroffenen, einer genauen Prüfung der Umstände durch den Verfahrenssachwalter und mittels eines ärztlichen Gutachtens über den Gesundheitszustand der betroffenen Person. Die Sachwalterschaft kann aus verschiedenen Gründen (z.B.: Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes) mittels eines entsprechenden Antrages bei Gericht erweitert, eingeschränkt oder aufgehoben werden. Im Falle des Todes des/der Betroffenen endet die Sachwalterschaft sofort. (vgl. Bundesministerium für Justiz 2005:6f)

6.3 Emmaus CityFarm

Der seit 1998 bestehende kontrolliert biologische Gartenbaubetrieb bietet Arbeitstherapie und Arbeitstraining für Menschen mit psychischen Erkrankungen. „In der Emmaus CityFarm finden Frauen und Männer mit unterschiedlichsten Lebensgeschichten (Haft, Obdachlosigkeit, körperliche und/oder geistige Behinderung, Alkoholabhängigkeit, psychische Erkrankungen) vielfältige Arbeits- und Qualifizierungsmöglichkeiten, Begleitung und Unterstützung.“ (Emmausgemeinschaft St. Pölten o.A., Emmausgemeinschaft St. Pölten 2006:15) Das CityFarm-Team besteht aus einer Bereichsleitung, landwirtschaftlich und gärtnerisch ausgebildeten MitarbeiterInnen, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen und zwei ArbeitsanleiterInnen. Weiters unterstützen ehrenamtliche MitarbeiterInnen, Zivildienstler und PraktikantInnen das Team. (vgl. Emmausgemeinschaft St. Pölten o.A.)

Die Ziele der Arbeitstherapie sind die Stabilisierung des Krankheitsverlaufs, berufliche Rehabilitation, Kompetenztraining und die Wiedererlangung von Lebensqualität. Die 16 Arbeitstherapieplätze sind für chronisch psychisch erkrankte Personen, die eine berufliche Reintegration anstreben und für Menschen, die nach einem stationären Psychiatrieaufenthalt einer weiterführenden therapeutischen Begleitung bedürfen, vorgesehen. Die Arbeitstherapie sieht grundsätzlich keine Befristung der Verweildauer vor. (vgl. Emmaus CityFarm¹ o.A.)

Das Arbeitstraining kann als Anschluss an die Arbeitstherapie betrachtet werden, da beim Arbeitstraining ein Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt angestrebt wird. Die Anstellung und die Entlohnung sind auf ein Jahr befristet, in dem die KlientInnen (bzw.

Gäste) auch bei der Praktikasuche, bei Bewerbungsverfahren, Wohnungs- und Arbeitssuche etc. unterstützt werden. (vgl. Emmaus CityFarm² o.A.)

Als Ausschlusskriterien für beide Programme werden ein akutes Suchtverhalten, eine akute psychische Krise, hirnorganische Störungen und ein Verstoß gegen die Emmaus-Regeln (z.B. Gewaltfreiheit) angeführt. (vgl. Emmaus CityFarm o.A.^{1,2})

6.4 Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer

„Das Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer ist eine Sonderkrankenanstalt, ein Zentrum für seelische und körperliche Gesundheit. Zusätzlich zur regionalen Erwachsenenpsychiatrie betreiben wir überregional Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen (Station für Alkohol- und Drogenabhängigkeit), Stationäre Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie Forensik, in der Abteilung für Rehabilitation und Soziotherapie wird Wiedereingliederung vorbereitet.“ (Landesnervenklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer o.A.¹) Die neurologische Abteilung arbeitet mit den Schwerpunkten Schmerztherapie, Neurorehabilitation und Wachkomaakutversorgung. Das Krankenhaus verfügt außerdem über ein Department für Remobilisation/Nachsorge und ein Institut für Psychotherapie. (vgl. ebd.)

Zu den diversen Abteilungen des Landeskrankenhauses zählt auch die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, die sich in die Station für Alkoholabhängigkeit (27 Therapieplätze) und die Station für Drogenabhängigkeit (20 Therapieplätze) teilt. Nach einer Anmeldung, die jederzeit erfolgen kann, werden die PatientInnen gezielt aufgenommen. Neben der Behandlung von Entzugsbeschwerden und Folgekrankheiten werden psychodiagnostische und sozialarbeiterische Abklärungen durchgeführt. Informationsgruppen, Gruppentherapien, Einzeltherapien, Familiengespräche und Nachbetreuungsgespräche sollen den Patienten/die Patientin am Weg zu einem drogenfreien Leben unterstützen. (vgl. Landesnervenklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer o.A.^{2,3})

Die Erwachsenenpsychiatrie, die über 100 Betten verfügt, stellt eine weitere Abteilung des Krankenhauses dar. Sie bietet den PatientInnen eine differenzierte Psychopharmakotherapie, ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppengesprächstherapie, Physiotherapie sowie Musik- und Beschäftigungstherapie. Außerdem er-

folgt eine psychische Betreuung durch das speziell geschulte Pflegepersonal. (vgl. Landesnervenklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer o.A.⁴)

6.5 Psychosomatisches Zentrum Waldviertel Eggenburg (PSZW)

Die Zielgruppe des PSZW sind Menschen, die unter somatischen Beschwerden psychischen Ursprungs leiden. Als Ziel setzt sich das PSZW die Behandlung psychisch, emotional und psychosomatisch bedingter Krankheiten, Leidenszustände oder Verhaltensstörungen mit Hilfe der klinischen Psychotherapie sowie mit ergänzenden Therapiemethoden. Beispielsweise zählen Menschen mit Schlafstörungen, Essstörungen, Erschöpfungszuständen, Neurodermitis und Asthma Bronchiale zu den PatientInnen des PSZW. Auf drei Stationen stehen insgesamt 100 Betten zur Behandlung der PatientInnen zur Verfügung. „Neben der medizinischen Betreuung werden im Gesamtkonzept folgende Behandlungen angeboten: Methodenübergreifende Formen der klinischen Psychotherapie in Einzel- und Gruppenverfahren, ausdrucks- und körperorientierte Verfahren wie psychodynamische Gestaltungs-, Musiktherapie, Tanztherapie, bioenergetische Verfahren, Sozialarbeit und Angehörigen- und Familiengespräche.“ (Psychosomatisches Zentrum Waldviertel Eggenburg o.A.^{1,2,3})

6.6 Anton-Proksch-Institut (API) Stiftung Genesungsheim Kalksburg

Das Anton-Proksch-Institut ist die größte Suchtklinik Europas. Der Träger des im 23. Wiener Gemeindebezirk liegenden Therapiezentrums zur Behandlung von Abhängigkeiten ist eine gemeinnützige Stiftung. Zur Zielgruppe des Institutes zählen Menschen, die an unterschiedlichsten Abhängigkeiten leiden. Auf den Abteilungen I-IV liegt der Schwerpunkt bei der Therapie von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, sowie Nikotinabhängigkeit und Spielsucht. Durch die Abteilung V erfolgt sowohl stationär als auch ambulant die Behandlung von Drogenabhängigen. Neben dem Therapiezentrum für Alkohol- und Medikamentenabhängige in Kalksburg, der Drogenentzugsstation in Kalksburg und der Langzeittherapiestation für Drogenabhängige in Mödling verfügt das Anton-Proksch-Institut über sechs Ambulanzen und Beratungsstellen in Wien und fünf in Niederösterreich, wo neben den angeführten Süchten auch computer-, kauf, spiel-, und arbeitssüchtige Menschen behandelt werden. Das Angebot des Anton-Proksch-Institutes reicht von Einzel- und Gruppengesprächen über verschiedene Therapieformen (Gartentherapie, bewegungstherapeutische Maßnahmen etc.) bis hin zum Lernzentrum, wo computerbasiertes Lernen stattfindet.

Durch das multiprofessionelle Team der Suchtklinik (u.a. PsychologInnen, Ärzte/Ärztinnen der Allgemeinmedizin, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, Fachärzte/Fachärztinnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin) wird den PatientInnen eine umfassende Behandlung angeboten.

Die Tätigkeitsschwerpunkte des API liegen neben der klinischen Arbeit noch im Bereich der Bildung und Forschung. Die Anton-Proksch-Akademie koordiniert Fort- und Weiterbildungsprogramme des API und stellt einen eigenständigen Funktionsbereich dar. Eine koordinierte Gruppe führt am API auch diverse Forschungsaktivitäten durch, wobei großer Wert auf interdisziplinäre Zusammenarbeit gelegt wird. (vgl. Anton-Proksch-Institut o.A., Academic Dictionaries and Encyclopedias o.A.)

7. Darstellung der Forschungsergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Forschungsergebnisse anhand der Kategorien, die sich durch die Datenauswertung ergaben, genau dargestellt.

7.1 Auswirkungen des Hilfenetzwerkes auf die Betroffenen

Aus den Gesprächen mit den Betroffenen zeigt sich deutlich, dass sie, seit sie sich im professionellen Hilfenetz befinden, Veränderungen ihres Lebensalltages wahrnehmen. Außerdem ist aus ihren Erzählungen die emotionale Haltung zu ihrem Hilfenetz zu erkennen. Dieses Kapitel soll aufzeigen, was es für Betroffene bedeutet, in ein professionelles HNW eingebunden zu sein.

7.1.1 Gelingender Alltag statt „Zeit-Totschlagen“

Herr N. gibt an, er habe früher, bevor er sich in professioneller Hilfe befunden habe, „die Zeit mit Alkohol vaschlogn“, da nichts zu tun war (Interview 1:Z 36f). Auch Herr L. meint, er habe sich oft „hint und fuan nimma mehr ausse gsegn, vor lauta Zuaheit“ (Interview 3:Z 84). Von den Befragten werden sonst keine Aussagen zur Alltagsgestaltung geäußert. Dies könnte bedeuten, dass DD-Betroffene, die nicht in Betreuung sind, den Substanzkonsum als einzigen Tagesinhalt und vielleicht sogar als einzig wichtigen Lebensinhalt erleben.

„Domois do hob i die Zeit jo, ... jo so irgendwie tot gschlogn. Jo, na jetzta, seit dem i bei da City Farm bin, oda übahaupt beim Psychosozialen Dienst, is des, jo is irgendwie geregelt jetzta mehr. Oiso i hoid imma meine Termine ein, jo anaseits bin i a froh, dass i des hob irgendwie, weil es bringt mi doch auf ondare Gedonkn.“ (Interview 1:Z 746-749)

Es ist anzunehmen, dass die regelmäßigen Termine mit den HilfsakteurInnen strukturierend auf den Tages- bzw. Wochenverlauf der Betroffenen wirken. Die Gesprächstermine werden von den Klientinnen als Fixpunkte ihres Tages oder ihrer Woche erlebt. Sie empfinden es als wichtig, bei den Terminen zu erscheinen, woraus geschlossen werden kann, dass sie die Einhaltung der Vereinbarungen als ihre Aufgabe sehen. So wird deutlich, welche Bedeutung Gesprächsvereinbarungen für DD-Betroffene haben. Ein Tag, der früher durch „Zeit-Totschlagen“ lediglich überlebt wurde, wird plötzlich genützt um eine Erledigung abzuwickeln. Es ist anzunehmen, dass sich der/die Betroffene wieder als aktiv handelnde Person erlebt und seine/ihre Fähigkeiten erkennt. Bei Herrn N. führen die regelmäßigen Arbeitszeiten in der City-Farm zu einem geregelten Tagesablauf. Außerdem bringen ihn die Termine und die Arbeit auf andere Gedanken. Dies könnte bedeuten, dass er durch die Unterstützung (sozialarbeiterische und ärztliche Betreuung, Arbeit in der City Farm) neue Perspektiven und Ziele entwickelt. Außerdem handeln seine Gedanken nicht mehr ausschließlich von seinen Problemen, sondern sie sind von neuen Lebensinhalten, wie z.B. der Arbeit in der City Farm geprägt. Herr N. kann daher vermutlich von einem gelingenderen Alltag sprechen.

Betroffene sind grundsätzlich bemüht, die vereinbarten Termine einzuhalten. Manchmal kostet es sie aber viel Überwindung zu den Gesprächen zu kommen. Als Grund wird angegeben, dass ihnen die Notwendigkeit eines Gespräches fehlt. (vgl. Interview 1:Z 27) Es gebe oft nichts Konkretes zu besprechen, da die Woche normal verlaufen sei. Herr N. erzählt über die regelmäßigen Gesprächstermine mit seiner Sozialarbeiterin folgendes:

„Najo i gib zua, ob und zua is ma scho lästig, weil oft geh i nur duat hin wengan o mödn. Hallo i bin wieda do, die gonze Wochn woa normal, is normal owagrennt. Ob und zua nervt mi des scho, muaß i zua gebn, weil nix vorliegt, weil nix passiert is, jetzt find i des unnedig.“ (Interview 1:Z 500-505)

Hierbei wird deutlich, welchen Zweck die Gespräche aus Sicht der KlientInnen haben: Sie dienen zur Besprechung dessen, was in ihrem Alltag passiert. Es geht für sie darum, dem/der SozialarbeiterIn die Erlebnisse und Vorkommnisse der letzten Woche mitzuteilen. Aus den Interviews geht nicht hervor, inwieweit die Gespräche für die KlientInnen auch die Möglichkeit bieten, ihre Erlebnisse und ihr Verhalten zu reflektieren. Erkennbar ist aber, dass schrittweise an der Verwirklichung der gesetzten Ziele gearbeitet wird. Beispielsweise ist Herr N. mit der Unterstützung seiner Sozialarbeiterin seinem Arbeitswunsch ein Stück näher gerückt. Er wurde in das Arbeitstrainingsprogramm der City Farm aufgenommen, wo er an Wochentagen täglich arbeitet und so auf den gewöhnlichen Arbeitsalltag vorbereitet wird.

Sind manchen Betroffenen die regelmäßigen Termine mit ProfessionistInnen lästig, so bedeuten sie für andere Sicherheit. Für Frau A. sind die regelmäßigen Gesprächstermine mit ihrer Sozialarbeiterin die Garantie, immer jemanden zum Reden zu haben (vgl. Interview 2:Z 210-212). Es wird deutlich, dass die Termine mit professionellen HelferInnen verschieden wahrgenommen werden. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass bei den verschiedenen KlientInnen unterschiedliche Bedürfnisse auftreten und dass die ProfessionistInnen unterschiedlich stark bedürfnisorientiert arbeiten. Frau A. versucht z.B. durch häufige Anrufe, SMS und Briefe mit ihrer Sozialarbeiterin immer in Kontakt zu sein (vgl. Interview 2:Z 529-533). Daraus kann das Bedürfnis nach Beziehung, Vertrauen und Sicherheit geschlossen werden. Herrn N. zwingt der Wunsch nach einem höheren Einkommen dazu, sich um eine fixe Arbeitsstelle zu bemühen. (vgl. Interview 1:Z 27) Herrn N.s vorrangiges Bedürfnis ist demnach die Verbesserung seiner finanziellen Situation. Herrn N. erscheinen vermutlich die Gesprächstermine nur dann sinnvoll, wenn es darum geht, seine Ziele zu erreichen. Frau A. hat allein durch das Gespräch mit ihrer Sozialarbeiterin ein gutes und sicheres Gefühl. Hier ist zu erkennen, dass den KlientInnen die Gesprächstermine dann sinnvoll erscheinen, wenn zielorientiert und bedürfnisorientiert gearbeitet wird.

7.1.2 Vom Freundeskreis in den Hilfefkreis

Wagen Betroffene den Schritt ins Hilfesystem und hin zur Verhaltensänderung, nehmen sie gleichzeitig Veränderungen innerhalb ihres sozialen Netzwerkes in Kauf. Suchtmittelabhängige KlientInnen bewegen sich üblicherweise in Freundeskreisen, in denen der Suchtmittelkonsum zum alltäglichen Leben zählt und somit die bedeu-

tendste Gemeinsamkeit der Freunde darstellt. Kommt es im Laufe der professionellen Betreuung zum Verhaltenswunsch und zur weiteren Verhaltensänderung *Verminderter Suchtmittelkonsum*, ist die Distanzierung vom Freundeskreis eine logische Folge. Das bedeutet für Betroffene, dass sie durch den Gewinn von Kontakten zu professionellen HelferInnen früher oder später, im Extremfall den Verlust des Freundeskreises auf sich nehmen. Ein Betroffener erzählt, dass er sich weniger mit seinen Freunden trifft. Grund dafür ist, dass er, seit er auch wegen seiner Hepatitis Erkrankung in Behandlung ist, wenig bis gar nichts mehr trinke (vgl. Interview 2:Z 282). Herr N. beschreibt sein Verhältnis zu seinem Freundeskreis folgendermaßen:

„Jo weil meine Freunde san lauta Alkoholika. Oiso die sauffn ole. (...) Do huckns ole banonda und sauffn und eazöhn eana Gschichtn, wos hoid ois so aufschnappn. Jo oba des is ah net des Woahre. I man, i hoid, so oft hoid i mi eh nimma auf bei eana, jetzta.“ (Interview 2:Z 302-314)

Durch die plötzlich leiser werdende Stimme und trauriger Mimik zeigt sich die Betroffenheit von Herrn N. über die Tatsache, dass seine Freunde alle Suchtmittel konsumieren. Möglicherweise hat er durch seine Verhaltensänderung auch das Gefühl, nicht mehr richtig dazu zu gehören. Es kann daraus geschlossen werden, dass die Distanzierung vom engen Freundeskreis den Verlust von sozialen Kontakten bedeutet. Wahrscheinlich stellen die professionellen Helferinnen aufgrund dieser Situation wichtige soziale Kontakte der KlientInnen dar. Hierbei stellt sich die Frage, inwieweit die Veränderung des sozialen Netzwerks der KlientInnen in der Betreuung thematisiert und bearbeitet wird. Festzustellen ist, dass eine Veränderung im Alltag der KlientInnen auch meist andere zur Folge hat. Es erscheint daher sinnvoll, in den Betreuungsgesprächen den Klientinnen die Möglichkeit zu bieten, diese Veränderungen zu reflektieren.

7.1.3 Emotionale Distanzierung vom Hilfeverlauf

Die befragten KlientInnen sind alle unterschiedlich lange in regelmäßigem Kontakt mit professionellen HelferInnen. Die Betreuungszeit unter den Befragten bewegt sich zwischen zwei und 13 Jahren. Auffällig ist, dass Frau A., die sich bereits über zehn Jahre im Hilfenetzwerk bewegt, über ihre einschneidenden Erlebnisse nicht (mehr) betroffen wirkt. Sie schildert emotionslos ihre Diagnosen und Spitalsaufenthalte und vermittelt dadurch das Gefühl, dass dies für sie zum Alltag gehöre und normal sei.

„...donn hob i wieda Krankheitsschübe griagt, dann bin i noch Eggenburg kumma, do hob i donn a zum ersten moi Border Line Störung mit Suizid ghobt, ois Diagnose hoit, Auto Aggression, jo Suchtmittel, natürlich. .. I woa amoi drogenobhängig, ob und zua hob i Akloholexzesse ghobt, donn wieda Schmerztablettn, donn wieda nix gessen, oda Bulemie, Autoaggressionen, oda Söbstvaletzungen...“ (Interview 2:Z 27-33)

Es ist anzunehmen, dass die persönliche Distanzierung vom gesamten Krankheits- und Hilfeverlauf im Zusammenhang mit dem Betreuungszeitraum steht. Je länger sich ein Mensch im professionellen Hilfenetzwerk aufhält, desto mehr versucht er möglicherweise die Krankheitserlebnisse von sich fern zu halten. Unter Distanzierung kann auch das Verharmlosen und Ausblenden der Krankheitserlebnisse verstanden werden.

Weiters kann die These aufgestellt werden, dass die Art, in der sich der Hilfeverlauf gestaltet, Einfluss auf den Umgang von Betroffenen mit ihrer Krankheit hat. Je koordinierter und je zielorientierter die Betreuung abläuft, desto eher erkennt der/die Betroffene seine/ihre Krankheit und seinen/ihren Hilfeverlauf an. Diese These gründet darauf, dass an der Betreuung von Frau A. in den 13 Jahren ca. 10 Institutionen beteiligt waren. Sie wurde hintereinander, parallel und wiederholt von den verschiedenen Einrichtungen betreut und behandelt. Auffällig sind besonders ihre wiederholten stationären Aufenthalte auf psychiatrischen bzw. psychosomatischen Stationen in drei verschiedenen Krankenhäusern. (vgl. Interview 2:Z 21-47) Es ist vorstellbar, dass die zahlreichen und wiederholten Wege zu den Institutionen die Betroffenen enorm anstrengen. Vor allem dann, wenn die Betreuung sich über viele Jahre erstreckt und sich für Betroffene wenig an ihrer Situation verändert.

„I man monchmoi würd i scho gern in Huat drauf haun und sogn mir reichs jetzt, weil des scho so long is und wonn i des Gföh hob, es geht afoch nix weida.“ (Interview 2:Z 216-217)

DD-Betroffene haben vermutlich ein erhöhtes Risiko, in ihrem Hilfenetz festzuwachsen. Dies kann angenommen werden, da Frau A. zwar in ein feinmaschiges Hilfenetz eingebettet ist, allerdings das Gefühl hat, keine Fortschritte zu machen. Betrachtet man dieses Gefühl in Zusammenhang mit der langen Betreuungszeit, ist eine Distanzierung vom Hilfeverlauf und der Krankheit nachvollziehbar. Es ist wahrscheinlich enttäuschend, trotz der Anstrengungen keine positiven Veränderungen wahrzunehmen.

men. Die Enttäuschung kann in Hoffnungslosigkeit und Regression übergehen. Manche Betroffene haben sich vermutlich mit ihrem Fixplatz im Betreuungssystem abgefunden und gelernt, mit ihrer Krankheit zu leben. Die distanzierte Haltung der Betroffenen zu ihrem Krankheitsverlauf und zu ihren Diagnosen ist vermutlich Ausdruck ihrer Aussichtslosigkeit.

7.1.4 KlientInnen als Inventar der Institution

Aus den Interviews wird zu diesem Thema folgendes ersichtlich: Je länger ein/eine KlientIn in Kontakt mit sozialen Einrichtungen ist, desto mehr fühlt er/sie sich diesen Institutionen zugehörig. Eine Betroffene spricht davon, dass sie sich aufgrund ihrer vielen Betreuungsjahre mittlerweile zum Inventar der Institution zählt. Ein zeitlich unbeschränktes Hilfsangebot gibt ihr die Sicherheit immer und nicht nur auf bestimmte Zeit einen/eine AnsprechpartnerIn zu haben. (vgl. Interview 2:Z 200, 210-212) Eine langzeitliche Betreuung ermöglicht einerseits eine vertrauensvolle Beziehung zwischen der hilfeschuchenden und der hilfeleistenden Person, andererseits besteht auch die Gefahr der Abhängigkeit. Durch den langjährigen Kontakt entwickelt der/die KlientIn ein starkes Vertrauen zur Unterstützungsperson. Außerdem ist der/die KlientIn mit den institutionellen Rahmenbedingungen der Einrichtung vertraut und weiß erfahrungsgemäß über ihre Hilfsmöglichkeiten Bescheid. Dass sich KlientInnen zum Inventar der Institution zählen, kann auch bedeuten, dass ein Betreuungsende für sie nicht mehr vorstellbar ist. Daraus könnte man schließen, dass die Klientinnen sehr stark an den/die professionelle HelferIn und an die Institution gebunden sind und von ihr abhängig sind. Eine derartige Entwicklung entspricht nicht dem Ziel der Sozialarbeit, im Gegenteil. Das Ziel der Individualhilfe ist, sich in jedem bearbeiteten Fall möglichst überflüssig zu machen (vgl. Pantuček: 1998:89). Demnach ist es in einer helfenden Beziehung wichtig, so viel wie nötig, aber so wenig wie möglich Unterstützung zu leisten. So kann die Selbständigkeit des/der Klienten/Klientin erhalten und gestärkt werden. Eine helfende Beziehung hat den Zweck, den/die Betroffenen/Betroffene bei seiner/ihrer Problemlösung zu unterstützen. Die Beziehung selbst ist nicht die Lösung des Problems. „Die Beziehung ist, mit anderen Worten, ein Mittel zur Erfüllung einer Funktion. Man darf sie nicht als eigentliches Ziel ansehen, sondern muß sie in ihrer Abhängigkeit zur Funktion betrachten (Aptekar 1941:58 zit. n.: Biestek 1968:18). Die helfende Beziehung ist demnach für Betroffene immer als Mittel zum Zweck zu betrachten, nämlich als Unterstützung zum Verwirklichen sei-

ner/ihrer Ziele. Dient den KlientInnen die Beziehung selbst zur Lösung ihrer Probleme, besteht die Gefahr eine Abhängigkeit zu entwickeln.

7.1.5 Betroffene werden zu HelferInnen

KlientInnen, die bereits lange in sozialarbeiterischer Betreuung sind, versuchen innerhalb ihres Bekanntenkreises selbst unterstützende Interventionen der Sozialarbeit zu setzen. Im konkreten Fall spricht die Interviewpartnerin darüber, dass sie ihre Bekannte erst ins Spital gebracht und später Krisenintervention geleistet habe. Danach habe sich ihr eigener gesundheitlicher Zustand wieder deutlich verschlechtert. (vgl. Interview 2:Z 379-381) Es kann daraus geschlossen werden, dass Betroffene, die sich schon lange im sozialen Hilfenetzwerk bewegen, ihre „sozialarbeiterischen“ Fähigkeiten überschätzen und sich mit einer derartigen Hilfeleistung überfordern. Außerdem gibt Frau A. an, viel über Border-Line und über Psychoedukation zu lesen. Meist seien es Fachartikel aus dem Internet (vgl. Interview 2:Z 617). Weiters ist bei der Ausdrucksweise der Befragten die Verwendung von Fachbegriffen auffällig. Beispielsweise nennt sie die „Stabilisierung“ als ihr momentanes Ziel oder spricht von ihrer „Suchtproblematik“. (vgl. Interview 2:Z 246-248)

Dies zeigt, dass sich Betroffene während der Betreuungsjahre teilweise das Fachvokabular aneignen und sich über die Behandlungsmethoden ihrer Erkrankung informieren. Die angeführten Beobachtungen können als natürliche und logische Folge einer langjährigen Betreuung betrachtet werden. Allerdings können sie auch Hinweise für die These sein, dass sich langzeitige KlientInnen in der Rolle des/der Professionisten/Professionalistin versuchen. Eine mögliche Erklärung dafür ist vermutlich der Wunsch, sich aus der Position des/der Hilfesuchenden zu lösen. Die Frage, warum sich dieser Wunsch entwickelt, lässt sich im Zusammenhang mit den Machtaspekten einer helfenden Beziehung beantworten.

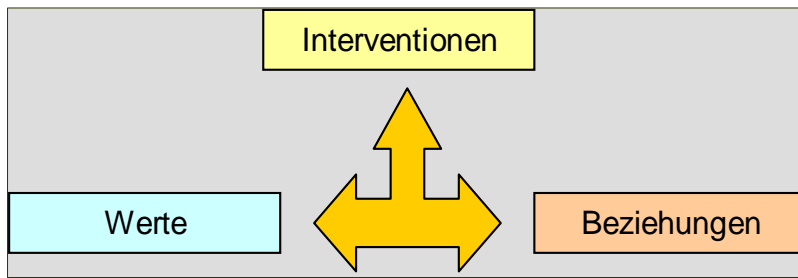
Houtman (1978:39f), der sich mit dem Thema Macht in der helfenden Beziehung auseinandersetzt, unterscheidet insgesamt sechs Typen von Macht, wobei hier die Erklärung zweier Typen relevant erscheint. Nach Houtman (ebd.) haben wir es in helfenden Prozessen vor allem mit der ExpertInnenmacht (Expert Power) zu tun. Von ihr ist dann zu sprechen, wenn Ottos Sachkompetenz größer ist als die Peters. Dabei muss Ottos Sachkompetenz für Peter ein Leitfaden oder eine Stütze sein. Von der Referenzmacht (Referent Power) wird dann gesprochen, „wenn Peter sich so verhält,

daß er Otto möglichst gleich. Peter will Otto gleichwertig sein. Ottos Kontrolle ist dabei notwendig. Peter will, daß Otto weiß, daß er ihm gleich sein will.“ (ebd.)

Aus den obigen Beobachtungen und aus diesen Aspekten der Macht kann folgendes geschlossen werden: Hilfesuchende Personen sind, sobald sie ihren HelferInnen Kompetenz zuschreiben, der ExpertInnenmacht ausgesetzt. Dieser Machtaspekt ist grundsätzlich nicht negativ zu bewerten. Houtman (1978:42) bezeichnet die ExpertInnenmacht sogar als Basis von helfenden Beziehungen und Prozessen. Fine/Glasser (1996 zit. n.: Pantuček 1998:163) betrachten das Macht- und Wissensgefälle in der Beziehung zwischen KlientIn und SozialarbeiterIn positiv, da der/die KlientIn keinen Grund hätte, sich mit dem/der SozialarbeiterIn auseinanderzusetzen, wenn er/sie von ihr/ihm keine fachliche Autorität und Kompetenz erwarten könnte. Trotz der Notwendigkeit der ExpertInnenschaft des/der SozialarbeiterIn kann die Vermutung angestellt werden, dass von Seiten der Hilfesuchenden versucht wird, ein Gleichgewicht in die Beziehung zu bringen. Es ist anzunehmen, dass KlientInnen danach streben, ihren HelferInnen gleichwertig zu sein. Dies würde erklären, warum KlientInnen sich dem Sprachniveau ihrer UnterstützerInnen anpassen und sozialarbeiterische Interventionsversuche eingehen.

7.2 Wertvorstellungen – Wünsche der Betroffenen an ihr Hilfesystem

Bei der Auswertung der Interviews stellte sich bald heraus, dass die Wertvorstellungen der Betroffenen das Zentrum der Forschungsergebnisse darstellen. Was den Betroffenen wichtig ist, wird oft durch Wünsche an die Hilfsakteure/Hilfsakteurinnen sichtbar. Die Werte der Betroffenen müssen daher in Zusammenhang mit den Interventionen der helfenden Personen und in Bezug auf die Betreuungsbeziehungen betrachtet werden. Beispielsweise hängt der Aufbau einer Vertrauensbeziehung zwischen KlientIn und SozialarbeiterIn von den Reaktionen und Interventionen des/der Sozialarbeiters/Sozialarbeiterin ab. Das folgende Kapitel beschäftigt sich ausführlich mit den Wertvorstellungen der Betroffenen und den Zusammenhängen zwischen Werten, Interventionen und Beziehungen (vgl. Abbildung 5). Das Kapitel gibt u.a. Antworten auf die Fragen: Was wünschen sich Betroffene von ihrem Hilfenetz und welche Bedürfnisse werden dadurch erkennbar? Was ist ihnen persönlich wichtig und warum kommt es dadurch zu Reibungspunkten mit dem Hilfesystem? Außerdem



wird in den Kapiteln 7.2.2 und 7.2.3 versucht, die Forschungsergebnisse mit Biesteks Grundsätzen der helfenden Beziehung zu verbinden.

Abbildung 5

7.2.1 Wunsch nach Auseinandersetzung mit der Krankheit

Betroffene KlientInnen wünschen sich die Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit. Dazu sind die Thematisierung ihrer Probleme innerhalb des professionellen Hilfe Rahmens und der Zugang zu Informationen zu zählen.

Betroffene berichten, dass sie sich viel mit ihren Krankheitsbildern und deren Auswirkungen auf ihr Alltagsleben beschäftigen. Sie nutzen die Kontakte zum/zur SozialarbeiterIn, um Informationen über ihre Diagnose oder über bestimmte Behandlungsmethoden zu erhalten. (vgl. Interview 2:Z 617-625) An diesem interessierten Verhalten ist zu erkennen, dass es Betroffenen wichtig ist, gut über sie betreffende Themen aufgeklärt zu sein. Dabei können die SozialarbeiterInnen als wichtige Informationsquellen bezeichnet werden.

Die befragten KlientInnen wünschen sich von stationären Einrichtungen Therapien, Einzelgespräche und einen Tagesplan, der sie herausfordert. Hinter diesen Vorstellungen steht vermutlich der Wunsch, ihr belastendes Verhalten verstehen zu lernen und dadurch veränderbar zu machen. Möglicherweise bedeuten für Klientinnen Therapien auch die Chance, sich mit sich selbst zu versöhnen, neue Perspektiven zu entwickeln und Ziele zu formulieren. Der Wunsch nach einem herausfordernden Tagesplan kann als Wunsch nach Zerstreuung und Ablenkung verstanden werden.

Die KlientInnen unterscheiden sehr deutlich zwischen Institutionen, deren Angebote für sie hilfreich waren und Institutionen, deren Angebote wenig bis nichts zur Besserung ihres Zustandes und ihrer gesamten Lebenssituation beigetragen haben. (vgl. Interview 3:Z 55, 565-568)

„I hätt ma mehr Einzelgespräche, mehr Therapien gwunsch. Oiso so wie in Eggenburg zum Beispü. In Eggenburg host von 8 in da Fruah bis um 4 oda 5 Nochmittag

Therapien ghobt, verschiedene. Und des hot ma scho vü mehr ghoifn ois Mauer. Do woast wirklich, in Eggenburg do woast gefordert.“ (Interview 2:Z 83-86)

Aus diesem Zitat wird deutlich, dass Betroffene Einzelgesprächen und Therapien die meiste Hilfeleistung zuerkennen. Für sie bedeutet dies die Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung. Im Gegensatz dazu erleben Betroffene die reine Beschäftigung als sinnlos. Ein Klient berichtet darüber, welchen Tätigkeiten er in der psychiatrischen Anstalt nachgegangen ist:

„Bastelstube! Bastelstube! Ton geschliffen, Bilder gemalt, lauter so an Blödsinn. I man i bin ma duat voa kumma wie ein, wie ein Behinderter!“ (vgl. Interview 3:Z 553-554)

Auf die Frage, ob es denn dort keine Therapien gebe, antwortet er mit erhobener Stimme: *„Goa nix, es gibt ka Therapie! Es gibt ka Therapie!“* (vgl. ebd.: Z 549) Demnach ist das reine Beschäftigungsangebot den betroffenen KlientInnen zu wenig anspruchsvoll. Sie haben dabei das Gefühl, nichts zur Besserung ihres Zustandes beizutragen und empfinden es daher als unnötig. Sie fühlen sich nicht gefordert und vergleichen den Aufenthalt in solchen Einrichtungen mit einem Urlaub.

„Do woas eher wie Urlaub, do hob i zum Squash spün bis übers Solarium ollas ghobt. I woa duat Minigoif spün, in da Kroftkomma, im Solarium. Nur Therapien host do absolut net vü ghobt. Jo, Tanztherapie, Entspannungstherapie, Gruppentherapie, des wos oba net vü brocht hot. Einzelgespräche, wonns guad gonga is, oiso a moi im Monat, oda a moi in drei Wochn. Mauer hot ma absolut net ghoifn.“ (Interview 3:Z 63-67)

Interessant dabei ist, dass die Betroffene die verschiedenen Therapieangebote (sie werden von ihr aufgezählt) nicht als solche anerkennt. Grund dafür ist vermutlich ihr Empfinden, dass diese für sie keine Hilfe waren. Folgende Thesen können aufgrund der angeführten Beobachtungen und Zitate aufgestellt werden:

Der unerfüllte Wunsch nach mehr Einzelgesprächen lässt vermuten, dass die Betroffenen einen vorgefertigten Betreuungsplan bekommen, an den sie sich zu halten haben. Sie haben demnach kein Mitgestaltungsrecht, sondern lediglich das Recht, das Angebot anzunehmen oder nicht. Dies weist darauf hin, dass die Betreuung sich kaum bis gar nicht an den Bedürfnissen der KlientInnen orientiert.

KlientInnen bzw. PatientInnen erleben die Beschäftigungstherapie (Sport, kreatives Arbeiten) deshalb als irrelevant, da ihnen das Ziel und die Bedeutung der Aktivitäten nicht bewusst sind. Es besteht die Möglichkeit, dass die Erfahrungen bei der Ausführung verschiedenster Sportarten und Kreativarbeiten nicht reflektiert werden.

Einzelgesprächen wird deshalb so viel Bedeutung beigemessen, da diese die einzige Möglichkeit darstellen, ihre Erlebnisse zu erzählen und ein Feedback von Außenstehenden zu erhalten. Es ist anzunehmen, dass Einzelgespräche mit ProfessionistInnen auch deshalb als Besonderheit betrachtet werden, da sie aus Sicht der Betroffenen zu wenig im Betreuungsverlauf eingebunden sind.

Sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen bedeutet für Betroffenen demnach auch, den Betreuungsverlauf mitzugestalten und im Einzelgespräch mit ProfessionistInnen ihre Therapieerlebnisse zu reflektieren und weitere Vorgehensweisen zu besprechen.

7.2.2 Luxusgut Zeit mit ÄrztInnen

Auffallend ist, dass sich Betroffene mehr Zeit mit ÄrztInnen wünschen. Darunter verstehen sie ausführliche Einzelgespräche und mehr „Backgroundinformationen“ über ihre Erkrankung. (vgl. Interview 3:Z 55) Aus diesem Wunsch der Betroffenen ist zu schließen, dass ein intensives Fachgespräch mit ÄrztInnen eine Besonderheit darstellt und daher als Luxusgut betrachtet werden kann. Behrendt (1996:152) bestätigt dies und ist der Ansicht, dass die Arbeitsbedingungen von ÄrztInnen in der Praxis ökonomischen Zwängen unterliegen, die z.B. die Zeit für den einzelnen Patienten erheblich beschränken. Aus den Gesprächen mit den Betroffenen wurde diese Zeitbeschränkung der Ärzte/Ärztinnen deutlich sichtbar. Die Befragten haben das Gefühl, dass sich Ärzte/Ärztinnen zu wenig Zeit für ihre individuelle Problemlage nehmen. Es ist anzunehmen, dass ihnen dadurch auch der Kontakt zu den MedizinerInnen fehlt. Ein Betroffener erlebt beispielsweise die Visite in der Nervenklinik folgendermaßen:

„De Visite dauert fünf Minuten, wie gehts wie stehts und bla bla. Jo und do miaß ma des und do miaß ma des und do wird gschriem und wa wa wa, und wiederschaun und tschüss.“ (Interview 3:Z 40-42)

Aus dem Zitat wird sehr deutlich, dass sich PatientInnen von ihren ÄrztInnen mehr erwarten – möglicherweise mehr Aufklärung über ihre medizinisch-therapeutische

Behandlung und mehr individuelle Betreuung. Außerdem sind aus dem Zitat Emotionen wie Frustration und Ärger zu erkennen, die durch kurz gehaltene Visiten entstehen können. KlientInnen nehmen wahr, ob sich ProfessionistInnen für sie Zeit nehmen oder nicht. Werden die Betroffenen meist in die Beschäftigung Socken stricken geschickt (vgl. Interview 2:Z 61-63), kann das das Gefühl erwecken, dass sich die HelferInnen wenig um sie als Individuum kümmern. Es kann auch interpretiert werden, dass sich Betroffene abgeschoben fühlen. Betroffene PatientInnen sind sich außerdem nicht sicher, ob ihnen die Ärzte/Ärztinnen immer zuhören. Dabei entsteht vermutlich das Gefühl, nicht verstanden und als Person nicht wahrgenommen zu werden.

„Bei da Frau Dr. X denk i ma oft des Gegenteil, weil sie hurcht ma, i man vielleicht horchts ma zua..., oba i man des wos i gsegn hob und so, kann i ma net vuastön, dass sie do irgendweche Voastöllungen hot, a wonns studiert is.“ (Interview 1: Z 540-543)

Hier wird eines der von Biestek (1968:26) beschriebenen Bedürfnisse der KlientInnen sichtbar. Die KlientInnen wünschen sich, von ihren HelferInnen als Individuum wahrgenommen zu werden. Biestek versteht unter *Individualisieren* „die Anerkenntnis und das Verständnis für die Rechte und Bedürfnisse des Klienten, der als Einzelperson behandelt werden will, weil er ganz einzigartige Eigenschaften hat, die aus Erbe, Umwelt und Lebenserfahrung erwachsen sind.“ (ebd.:133) Aufgrund der vorliegenden Daten kann die These aufgestellt werden, dass bei der ärztlichen Behandlung und Betreuung die Individualisierung sehr stark unter dem Zeitmangel der ÄrztInnen leidet.

7.2.3 Vertrauen ins Hilfesystem

Bei der Auswertung der Interviews wurde bald deutlich, dass KlientInnen in vielen Zusammenhängen von Vertrauen sprechen. Zusammenfassend geht es um:

- 1) Faktoren, die den Vertrauensaufbau zum Hilfesystem beeinflussen
- 2) die Beziehungen zwischen Betroffenen und deren HilfsakteurInnen (SozialarbeiterIn-KlientIn, Arzt/Ärztin-PatientIn)

- 3) und um das Vertrauen in die medikamentöse Behandlung der FachärztInnen, dazu zählt auch die grundsätzliche Einstellung der PatientInnen zur Medikation.

In den folgenden Kapiteln werden diese drei Punkte genauer erläutert.

7.2.3.1 Faktoren des Vertrauensaufbaues

Laut den befragten KlientInnen spielt beim Vertrauensaufbau zu professionellen HelferInnen die Sympathie eine bedeutende Rolle. Bereits der erste Eindruck ist ausschlaggebend für die weitere Entwicklung der Beziehung zwischen der helfenden und der hilfeschuchenden Person. Besteht zwischen den beiden Sympathie, so fällt es den Betroffenen leichter, mit ihnen über persönliche Dinge zu sprechen. (vgl.: Interview 1:Z 944-946). Aus einem weiteren Interviewausschnitt wird außerdem deutlich, welche Faktoren den KlientInnen für das Entwickeln von Sympathie wichtig erscheinen.

„De hob i gsegn und es hot passt! (...) de hom afoch a ongenehme ruhige Oat und des is scho wichtig wons net streng san, sondan de hom afoch eana ongenehm ruhige Oat, wost di guad aufghobn fühlst, wost di vastondn fühlst. „ (Interview 2: Z 439-441)

Sympathisch ist demnach der/die HilfebieterIn, wenn er/sie eine ruhige Art hat und nicht streng ist. Eine ruhige Art zu haben kann bedeuten, sich Zeit zu nehmen, nicht hektisch zu sein und einführend auf die Erzählungen der KlientInnen zu reagieren. Es ist anzunehmen, dass der/die Betroffene darin bestärkt wird, seine/ihre Emotionen zu zeigen. Auch hier kann ein Bezug zu Biesteks Grundsätzen einer helfenden Beziehung hergestellt werden. Biestek (1968:133) versteht unter dem *bewussten Ausdruck von Gefühlen*, „die Anerkennung des Bedürfnisses unseres Klienten nach Kommunikation zu einem Zeitpunkt, wo sein Problem teilweise oder überwiegend emotioneller Natur ist.“ (ebd.) In anderen Worten, dem/der KlientIn bietet die helfende Beziehung die Möglichkeit seine momentanen Emotionen zum Ausdruck zu bringen.

Der Wunsch, dass Ärzte/Ärztinnen nicht streng sein sollen, weist vermutlich auf das Bedürfnis nach *Selbstbestimmung* hin. Biestek versteht darunter „die Anerkennung der Rechte und Bedürfnisse des Klienten in Bezug auf seine eigenen Entscheidungen.“ (ebd.:134) „Nicht streng sein“ kann auch bedeuten, ohne Angst vor Verurtei-

lung die eigenen Meinungen, Pläne, Wünsche und Gedanken kundzutun. *Die nicht-richtende Haltung* als weiterer Grundsatz der helfenden Beziehung bringt zum Ausdruck, dass der/die HelferIn die Sorgen des/der Betroffenen versteht und ihm/ihr helfen soll, anstatt ihn/sie zu verurteilen. (vgl. ebd.) Es ermöglicht der hilfeschuchenden Person auch, sich gut aufgehoben und angenommen zu fühlen. Dies beschreibt Biestek mit der *Annahme des anderen* und meint damit das Begreifen und Behandeln des/der Klienten/Klientin, wie er/sie wirklich ist, und nicht wie der/die SozialarbeiterIn ihn/sie haben möchte. Es bedeutet auch, würdevoll und wertschätzend dem anderen gegenüberzutreten. (vgl. ebd.) Als weiteren Grundsatz der helfenden Beziehung gibt Biestek die *kontrollierte gefühlsmäßige Anteilnahme* an. Sie erfüllt das Bedürfnis des/der KlientIn, eine angemessene Antwort auf seine/ihre Einstellung zu erhalten. (vgl. ebd.) Ein Beispiel dafür erzählt Frau A. im Interview:

„I hob unlängst zu meiner Betreuerin in meiner WG gsogt, am Sunntog hob i so’s G’föh g’hobt i mecht einschlof’n und am liabst’n goa nimma woch wean. Na, und i hob scho zum Einzel mit ihr maschiern dürfn, wir hom scho gredt mitanond. Und des woa guad, oiso des hot guad don.“ (Interview 1:Z 645-648)

Hierbei ist zu erkennen, dass die Betreuerin von Frau A. die Emotion der Verzweiflung wahrnimmt und einführend mit einem Gesprächsangebot reagiert. Die Klientin fühlt sich mit ihren Gefühlen ernst genommen und erfährt im Gespräch eine gefühlsmäßige Anteilnahme der Betreuerin. Es kann angenommen werden, dass derart positive Erfahrungen den Vertrauensaufbau zwischen SozialarbeiterIn und KlientIn fördern. Trifft das Gegenteil ein, und das Verhalten des/der Klienten/Klientin wird vom/von der Professionlstin falsch interpretiert oder ignoriert, führt dies zum Gefühl der Ablehnung (vgl. Interview 1:Z 639-644, 694) und zur Hemmung des Vertrauensaufbaus.

Bei den Interviews ist auffällig, dass in Krisensituationen professionelle HelferInnen, zu denen der zeitlich intensivste Kontakt besteht, erste Ansprechpersonen von Betroffenen sind (Interview 1:Z 344-347). Dies zeigt, dass regelmäßige Kontakte das Vertrauensverhältnis zwischen HelferIn und Hilfeschuchenden/Hilfeschuchender stärken. Der/die KlientIn kann sich vermutlich auch erst nach einer gewissen Zeit sicher sein, dass der/die SozialarbeiterIn vertrauliche Informationen gegenüber Dritter verschweigt. Biestek (1968:118) beschreibt die Verschwiegenheit zwar als begrenztes Recht des/der Klienten/Klientin, aber als Notwendigkeit der erfolgreichen Einzelhilfe.

Weiters geht aus den Interviews hervor, dass SozialarbeiterInnen, neben den regelmäßigen Gesprächsterminen, durch konkrete Hilfeleistungen wie z.B.: die Begleitung ins Krankenhaus und die Organisation von finanziellen Unterstützungen das Vertrauen der KlientInnen gewinnen. (vgl. Interview 2:Z 344-354, Interview 1:Z 931) Hier wird deutlich, dass das Ernstnehmen der Probleme der Betroffenen und eine unterstützende Reaktion einen positiven Einfluss auf die helfende Beziehung haben.

Es kann die These aufgestellt werden, dass der/die HelferIn das Vertrauen der KlientInnen durch die Erfüllung ihrer Bedürfnisse gewinnen kann. Haben Betroffene den Eindruck, vom/von der HelferIn angenommen und verstanden zu werden, empfinden sie ihm/ihr gegenüber auch Sympathie. Sie entwickeln Vertrauen und fühlen sich bereit, offen über ihre Sorgen zu sprechen.

7.2.3.2 Die Beziehung zwischen Hilfesuchenden und HelferInnen

Wie in den vorigen Kapiteln bereits zu erkennen war, werden Menschen, die eine psychische Erkrankung und eine Suchtmittelstörung haben, im Hilfenetz je nachdem mit wem sie gerade kommunizieren als KlientIn³ oder als PatientIn⁴ wahrgenommen. Aus den Interviews der Betroffenen wird deutlich, dass sich die Beziehung zum/zur Arzt/Ärztin anders gestaltet als die Beziehung zum/zur SozialarbeiterIn. Wie die KlientInnen die beiden Professionen wahrnehmen und welche Unterschiede für sie in der Beziehungsgestaltung auffällig sind, beschreiben die folgenden Unterkapitel.

KlientIn-SozialarbeiterIn-Beziehung

An dieser Stelle sollen die Aussagen der befragten betroffenen Personen bezüglich ihres/ihrer Sozialarbeiters/Sozialarbeiterin zusammengefasst und interpretiert werden.

KlientInnen erleben das Gespräch mit dem/der SozialarbeiterIn als Besprechung ihres derzeitigen Befindens. Sie treffen sich in regelmäßigen Abständen von ein bis zwei Wochen zum Einzelgespräch, wo anstehende Themen besprochen werden. (vgl. Interview 1:Z 531-533) Auffällig ist, dass KlientInnen die Beziehung zum/zur So-

³ Der Begriff „Klient“ „bedeutete ursprünglich der ‚Schutzbefohlene‘, womit im antiken Rom Bürger mit geringen Rechten bezeichnet wurden, die einem Patrizier zu Dienst verpflichtet waren. Jener hatte allerdings umgekehrt auch eine Fürsorgepflicht gegenüber seinem ‚Klienten‘.“ (Pantuček 1998:97f)

⁴ Das Wort Patient leitet sich nach Brosch (2004:13) vom lateinischen *patiens* – geduldig, leidend ab.

zialarbeiterIn als eine Art Freundschaft erleben. Wie es dazu kommt, wird aus einem Zitat von Herrn N. deutlich.

„Oiso ehrlich gsogt, da Frau K. hob i bis jetzt am meistn dazöt, oiso vo meine Geister und so. Des is de Anzige, mit dea i bis jetzt am meistn gredt hob, vo meine Sorgen her (...) Sie is scho fia mi so Oat Freindin, eh wei i scho ziemlich ois gsogt hob, wos ma am Herzen liegt.“ (Interview 1:Z 931-939)

Hier wird deutlich, dass sich KlientInnen ihren SozialarbeiterInnen verbunden fühlen, da sie ihnen ihre Sorgen und vermutlich auch ihre geheimsten Gedanken und Gefühle offenbaren können. Die SozialarbeiterInnen sind vermutlich auch oft die einzigen Personen, denen sie ihre Probleme anvertrauen. Bei den KlientInnen entsteht daher ein freundschaftsähnliches Gefühl. Nach Bang (1970:103) zeichnet sich eine Freundschaft durch die wechselseitige tiefe Verbundenheit und durch den sich aus ihr ergebenden Gefühl der wechselseitigen Verpflichtung und Verantwortung aus. In einer helfenden Beziehung, wie sie zwischen KlientIn und SozialarbeiterIn besteht, kann demnach nicht von einer freundschaftlichen Beziehung gesprochen werden. Aus dem obigen Zitat ist schwer zu erkennen, inwiefern dem Klienten die Einseitigkeit der Beziehung bewusst ist. Allerdings spricht der Befragte von einer Art Freundschaft, was darauf hinweisen könnte, dass Betroffene den Unterschied zwischen einer helfenden und einer freundschaftlichen Beziehung wahrnehmen. Ein Unterschied ist beispielsweise darin zu sehen, dass der/die KlientIn vom/von der SozialarbeiterIn eine Hilfeleistung bzw. eine Dienstleistung erwartet. Er/Sie kann sich sicher sein, dass der/die SozialarbeiterIn im Falle seines/ihres Hilfebedarfes keine Gegenleistung von ihm/ihr erwartet. In einer Freundschaft wäre dies allerdings der Fall, da sie sich durch das gegenseitige Vertrauen und die gegenseitige Verbundenheit auszeichnet. Die Beziehung zwischen SozialarbeiterIn und KlientIn kann nicht als eine freundschaftliche bezeichnet werden, eher kann davon die Rede sein, dass der/die SozialarbeiterIn durch aktives Zuhören, Empathie und durch das Ernstnehmen der KlientInnen und deren Probleme eine gut funktionierende helfende Beziehung herbeiführen kann.

Weiters geht aus den Interviews hervor, dass die KlientInnen vor allem die Unterstützung bei organisatorischen Angelegenheiten sehr schätzen. Aus ihrer Sicht hätten sie ohne des/der SozialarbeiterIn viele Dinge nicht geschafft. Darunter verstehen sie z.B. Verhandlungen bei Gericht, das Organisieren finanzieller Mittel und eines Ar-

beitsplatzes. Außerdem wird deutlich, dass für Betroffene die Begleitung durch den/die SozialarbeiterIn zu sämtlichen Terminen eine mentale Unterstützung darstellt. (vgl. Interview 1:Z 520-524, Protokoll 1:Z 1-4, Interview 2:Z 512-513)

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die Betroffenen die Beziehung zum/zur SozialarbeiterIn freundschaftsähnlich erleben. Dies könnte darauf hinweisen, dass das Machtgefälle gering ist und der/die SozialarbeiterIn die KlientInnen als ExpertInnen ihrer Lebenswelt wahrnehmen. Dennoch ist die KlientIn-SozialarbeiterIn-Beziehung eine asymmetrische Beziehung, da sie sich nicht durch gegenseitige Hilfeleistungen auszeichnet, sondern zumeist bzw. immer die KlientInnen Unterstützung vom/von der SozialarbeiterIn erwarten und empfangen.

PatientIn-Arzt/Ärztin-Beziehung

FachärztInnen der Psychiatrie sind aus Sicht der PatientInnen für ihre „psychische Betreuung“ zuständig (vgl. Interview 1:Z 104). Dies könnte bedeuten, sie erwarten sich durch die Betreuung der Ärzte/ÄrztInnen eine positive Veränderung ihres psychischen Befindens. Auch ihnen sagen sie, wie es ihnen geht und was sie belastet. Allerdings erleben sie, wie in Kapitel 7.2.2 bereits erwähnt, dass die Ärzte/Ärztinnen zu wenig Zeit für sie haben.

Den PatientInnen sind ihre PsychiaterInnen sehr fremd. Sie wissen sehr wenig über sie und können nur Vermutungen über ihre Ideologien und ihre Haltungen anstellen.

„Nah es is... I was net so recht, wia die glauben, oder on wos die glauben, die Psychologen, i man i trau eigentlich übahaupt kan Psychologen, weils nur mit Puival hondlnd, und in Geist? ...was i net recht.“ (Interview 1:Z 551-553)

Diese Aussage macht deutlich, dass manche PatientInnen zu ihren FachärztInnen kein Vertrauen haben, da sie sich aus ihrer Sicht zu wenig um ihre Seele kümmern. Die Frage nach dem „Geist“ könnte das fehlende Interesse an ihren Gefühlen, Erlebnissen, Vorstellungen und an den belastenden Symptomen ihrer Erkrankung ausdrücken. Kloiber (2001:o.S. zit. n.: Geisler 2002:1) schreibt in seinem Bericht über die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn, dass das alte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn teilweise durch ein Vertragsverhältnis mit genau definiertem Leistungsumfang ersetzt wird. Geisler (ebd.) schreibt, der Umgang miteinander sei häufig mit jenem zwischen zwei misstrauischen Geschäftspartnern zu

vergleichen. Geislers Wahrnehmung kann durch die Aussage des befragten Patienten bestätigt werden.

Auffällig ist auch, dass der Patient von PsychologInnen spricht, aber PsychiaterInnen meint. Daraus kann gedeutet werden, dass vermutlich einigen PatientInnen die Unterschiede des Hilfsangebotes der beiden Professionen nicht bekannt sind.

PatientInnen erwarten sich von PsychiaterInnen aufgrund ihrer ExpertInnenrolle eine Antwort auf ihre Krankheit (vgl. Interview 1:Z 542,572). Daraus kann interpretiert werden, dass Betroffene viele Fragen bezüglich ihres psychischen Leidens haben. Mit der Hoffnung, der/die Facharzt/-ärztin könne ihnen Antworten und Lösungsmöglichkeiten geben, wenden sie sich mit diesen Fragen an die MedizinerInnen. Herr N. beispielsweise ist aber enttäuscht, da ihm selbst die ExpertInnen bei seiner Erkrankung nicht weiter helfen können. Sie würden ihm bloß Medikamente verschreiben.

„I hob amoi ogfongt ghobt zum redn mit ia, oiso üba die Dinge, die i do gsegn hob, oba i hob mitgriagt, dass ..., ma eigentlich net recht vü höffn kann, außa, dass mi mit Puival niedadrukt. Oiso, dass ma mehr Puival vaschreibt, und des mog i oba net. I wü net mit Puival recht fü ofonga.“ (Interview 1:Z 105-108)

Es zeigt sich, dass den PatientInnen die Kommunikation mit ihren FachärztInnen fehlt. Nach Geisler (1998 zit. n.: Geisler 2002) ist bekannt, dass von ärztlicher Seite die kommunikativen Defizite oft nicht wahrgenommen werden. Er schreibt weiter, dass die Kommunikation das wichtigste Element der Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn ist und somit den ‚Kammerton‘ der Beziehung angibt.

Anhand der angeführten Ergebnisse kann die These aufgestellt werden, dass PatientInnen sich wünschen, mit ihren ÄrztInnen mehr in Beziehung zu treten. Denn sie erwarten sich von ihnen nicht nur die Verschreibung von Medikamenten, sondern auch die Möglichkeit, ihnen von ihren psychischen Belastungen zu erzählen und verstanden zu werden.

7.2.3.3 Die Grundhaltung von PatientInnen gegenüber Medikamenten

Interessant gestaltet sich die Grundhaltung⁵ von PatientInnen zur medikamentösen Therapie. Es zeigt sich, dass sie einerseits bestimmten Medikamenten eine positive Wirkung zuschreiben, andererseits insgesamt unsicher sind, ob die Medikamente die optimale Unterstützung sind. Herr N. bringt diese Unsicherheit deutlich zum Ausdruck: „*I man i griag zwoa eh a Spritzn dafia, oba i bin ma net sicha ob des des Richtige dafia is.*“ (Interview 1:Z 63-64)

Nach Sowers/Golden (1999:o.S. zit. n.: Müller 2007:250) kann die Grundhaltung von PatientInnen mit Doppeldiagnose sehr unterschiedlich sein. Sie differenzieren vier Typen:

- Der *medikamentenverlangende* Typ, der darauf drängt, Medikamente zu bekommen, um seine Missempfindungen möglichst rasch abzubauen.
- Der *medikamentenskeptische* Typ: Er hat vermutlich zahlreiche Experimente mit verschiedenen Substanzen durchgeführt, ist aber trotz subjektiven Leidensdrucks skeptisch gegenüber Medikamenten eingestellt.
- Der *medikamentenablehnende* Typ, der ohne medikamentöse Hilfe seinen Entzug und seine psychischen Probleme bewältigen will.
- Bei PatientInnen mit Polytoxikomanie, der eine Persönlichkeitsstörung zugrunde liegt, kann es zu einem *impulsiven Umgang mit Medikamenten* (einschließlich Suizidgefahr) kommen.

Bei den InterviewpartnerInnen wird ihre skeptische und zum Teil ablehnende Haltung Medikamenten gegenüber deutlich, demnach könnten sie zu diesen beiden Typen gezählt werden.

Betroffene sind sich unsicher, ob die Medikamenteneinnahme der richtige Weg der Behandlung ihrer Krankheit ist. Es ist denkbar, dass die Zweifel aus den unterschiedlichen Erfahrungen entstehen. KlientInnen berichten von positiven Erfahrungen mit bestimmten Medikamenten (vgl. Interview 1:Z 367, 658-659, Protokoll 1:Z 108) sowie von Medikamenten, die zur Verschlechterung ihres Zustandes führten (vgl. Interview

⁵ „Eine Haltung ist eine Willensrichtung, die auf geistigen Überzeugungen beruht und manchmal auch eine gefühlsmäßige Tönung hat. (Biestek 1968:21)

1:Z 366, Protokoll 1:Z 41-42). Dies macht die ambivalente Haltung zur Medikation nachvollziehbar. Auffällig ist auch, dass PatientInnen die verschriebenen Medikamente selbständig absetzen und jene ihrer Bekannten ausprobieren (vgl. Interview 1:Z 676, 97). Daraus kann interpretiert werden, dass sie mit den verschriebenen Arzneien unzufrieden sind und daher selbständig experimentieren, welche Medikamente bei ihnen positiv wirken.

Es zeigt sich, dass PatientInnen Angst vor der Entwicklung einer Abhängigkeit (vgl. Interview 2:Z 247-248) und den Nebenwirkungen haben. Ein Facharzt für Psychiatrie und Neurologie schreibt bei Herrn J. folgenden Aktenvermerk:

„Herr J. fragt mich wogegen die Spritze helfe, und ob sie nicht sehr schädlich sei. Jemand habe ihm dies erzählt. Ich erkläre dem Pat. wogegen die Medikation hilft und kann ihn überzeugen, dass sie nicht schädlich sei.“ (Protokoll 1:Z 73-75)

Aus diesem Zitat geht hervor, dass nicht nur Aufklärung über das verschriebene Medikament, sondern auch Überzeugungsarbeit zu den Aufgaben der ExpertInnen zu zählen ist. Viele PatientInnen sind durch Gespräche mit Menschen aus ihrem privaten Umfeld über die Wirkungen der Medikamente verunsichert und wissen nicht, welchen Aussagen sie glauben können. Um eine erfolgreiche Überzeugungsarbeit zu leisten, erscheint die Kommunikation und das Vertrauensverhältnis zwischen PatientIn und Arzt/Ärztin als notwendig.

Aufgrund ihrer Unsicherheiten stimmen PatientInnen nicht immer einer medikamentösen Behandlung zu und versuchen mit eigenen Methoden, ihre psychischen Probleme zu mildern. Es kommt vor, dass PatientInnen beispielsweise die Depot-Spritze verweigern, da sie klar denken wollen (vgl. Protokoll 1:Z 92). Aus ihrer Sicht beeinflusst die Medikation ihr Denkvermögen und ihre Wahrnehmungsfähigkeit, daher lehnen sie manchmal die Medikation ab. Beunruhigend empfinden sie auch die langfristige Einnahme von Medikamente und stellen deren Notwendigkeit in Frage. (vgl. Protokoll 1:Z 59-60)

Aussagen von Klientinnen wie z.B.: *„Und do rauch i wieder amoi an und donn gehts's wieder.“* (Interview 1:Z 384) weisen darauf hin, dass sie illegale Substanzen in manchen Situationen zur Linderung ihrer psychischen Probleme heranziehen. Es kann

daraus geschlossen werden, dass sie deren Wirkung mehr Vertrauen schenken als den vom/von der Arzt/Ärztin verschriebenen Medikamenten.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die medikamentöse Behandlung von Patienten/Patientinnen aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Nebenwirkungen nicht immer angenommen wird. Ein Vertrauensverhältnis zum/zur PsychiaterIn als Experten kann vermutlich helfen, die Betroffenen durch die oft schwierige Zeit der passenden medikamentösen Einstellung zu begleiten.

7.2.4 Selbständigkeit vs. Sachwalterschaft

Weitere Ergebnisse der Interviewauswertung lassen sich zum Kapitel Selbständigkeit zusammenfügen. Es zeigt sich, dass sich Betroffene eine hohe Selbstverantwortung zuschreiben. Außerdem sprechen sie vom Wunsch nach einer selbständigen Lebensführung und von Unabhängigkeit. Wie die Selbständigkeit als Werthaltung der KlientInnen mit dem Angebot des Hilfesystems harmoniert, wird im Folgenden beschrieben.

7.2.4.1 Selbstverantwortung

„Der einzige Mensch, der sich aus dem Teufelskreis befreien kann, ist man selbst.“
(Interview 3:Z 97)

Diese Aussage zeigt, dass sich Betroffene die alleinige Verantwortung für eine positive Veränderung geben. Die Einstellung, sie haben ihre derzeitige Situation selbst verursacht und sie müssen deshalb auch versuchen, eigenständig ihre Probleme zu lösen, kann ein Grund für die hohe Selbstverantwortung sein (vgl. Interview 1:Z 581-582). Bei den Interviews mit den Betroffenen rückt der Gedanke der eigenständigen Problemlösung wiederholt in den Vordergrund. Ein Zitat von Herrn L. macht den hohen Stellenwert der Selbsthilfe noch deutlicher.

„Eigentlich hüft einem goa nix, won ma in dieser Schiene drinnen ist, donn is ma in dieser Schiene drinnen, und do raus zu kommen, bedarf es einer inneren Einstellung und diese innere Einstellung muss man selber finden.“ (Interview 3:Z 246-250, vgl. Interview 3:Z 283, 287)

Außerdem, meint Herr L., helfe einem in so einer schlimmen Phase die beste Psychotherapie, der beste PSD, die besten Freunde und die beste Betreuung nichts, da

derjenige selbst erkennen muss, dass er etwas falsch gemacht hat (vgl. Interview 3:Z 275, 276, 287, 453-455, 460-562). Die schlimme Phase, wie sie genannt wird, ist in diesem Beispiel mit schwerer Alkoholabhängigkeit und dem damit verbundenen isolierten Verhalten gekennzeichnet. Aus der Perspektive der KlientInnen gibt es demnach für ExpertInnen keine Möglichkeiten, den Betroffenen in dieser Zeit zu unterstützen, denn allein „das große Umdenken im Kopf“ (vgl. Interview 3:Z 467) kann helfen, sich aus der misslichen Lage zu befreien. Es scheint, als ob die ExpertInnen in manchen Situationen als ohnmächtige Beobachter nur abwarten und stabilisierende Maßnahmen treffen könnten. D.h. bei Menschen, die psychisch erkrankt sind und gleichzeitig eine Suchtmittelstörung aufweisen, ist es aus Sicht der SozialarbeiterInnen wichtig, ein Gefühl zu entwickeln, wann ein lösungsorientierter Ansatz und wann stabilisierende Interventionen adäquat sind.

Sozialarbeit ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Diesen Leitsatz scheinen die Betroffenen verinnerlicht zu haben, denn sie wollen primär lernen sich selbst zu helfen und setzen sich dies als oberstes Ziel (vgl. Interview 1:Z 474). Es ist anzunehmen, dass aus ihrer Sicht die Inanspruchnahme von unterstützenden Maßnahmen bedeutet, nicht eigenverantwortlich und nicht selbständig zu sein. Dies könnte ein Grund sein, warum sie versuchen, so gut wie möglich ohne professionelle Hilfe auszukommen.

„Jo, i hätt scho an Entzug mochn kenna, oba donn hob i ma docht, na des brauch i jo eigentlich goa nimma, weil des schoff i alla ah, ma braucht nur an Willen dazua.“ (Interview 1:Z 901-903)

Demnach können die innere Einstellung und die Willenskraft beispielsweise Ersatz für einen stationären Alkoholentzug sein. Interessant gestaltet sich neben dem „nicht mehr brauchen“ ein weiterer Grund für die Ablehnung eines stationären Alkoholentzuges: Das Angebot wirkt bei manchen KlientInnen abschreckend.

„Oiso wia i die Kur ontretn hätt kenna, hot mi des so vü o'gschreckt, dass i gsogt hob na des brauch i net, do bleib i liaba daham und bleib nüchtern (...) oiso weil i net allan wo hinfoan wü und do muaß i mi wieda onpassn, muaß mi on die Hausordnung hoidn. Und des woa ma donn afoch z'fü.“ (Interview 1:Z 903-912)

Daraus lässt sich schließen, dass sich KlientInnen manchmal mit dem vorgeschlagenem Hilfsangebot überfordert fühlen, bzw. sie sich nicht zutrauen mit den Rahmen-

bedingungen der Unterstützungsmaßnahme klarzukommen. Es kann auch vermutet werden, dass es KlientInnen Überwindung kostet, sich ohne Begleitung in stationäre Behandlung zu begeben. Möglicherweise sind sie zu wenig über den Verlauf des Aufenthaltes aufgeklärt und haben deshalb davor Angst.

Betroffene sind sich bewusst, dass sie es sind, die die Schritte zur Veränderung setzen und den Lösungsweg gehen müssen. Die Erzählungen aus den Interviews führen zur Annahme, dass die KlientInnen großen Wert darauf legen, ihre Lebenssituation mit so wenig wie möglich fremder Unterstützung zu bewältigen und zu verbessern.

7.2.4.2 Selbständige Lebensführung

Den KlientInnen ist es wichtig alleine auf den Füßen zu stehen (vgl. Interview 1:Z 24). Demnach legen sie viel Wert auf Unabhängigkeit und eine autonome Lebensführung. Es kann festgehalten werden, dass in unserer Gesellschaft Selbständigkeit mit Stärke und mit körperlichen und geistigen Fähigkeiten verbunden wird. Jemand, der es aus unterschiedlichen Gründen als schwierig erlebt, alleine mit seiner Lebenslage zurechtzukommen und daher Unterstützung von anderen Menschen in Anspruch nimmt, macht dadurch seine Schwächen sichtbar. Die Werthaltungen innerhalb unseres Zusammenlebens scheinen es den einzelnen TeilnehmerInnen nicht zu vereinfachen, sich ihre Schwächen einzugestehen. Es ist daher nachvollziehbar, dass es für KlientInnen nicht immer selbstverständlich ist, Hilfe anzunehmen. Frau A. meint dazu, dass sie sich eine Zeit lang nicht eingestehen konnte, Hilfe zu brauchen.

„Es is a vü mit Ongst vabunden, zugestehn, ok i bin jetzt schwoch, i brauch jetzt wen. Und des hot a mit Stoiz zum Beispü z'duan. Bei mir woa des, i hob ma docht, ah i schoff des söba. Es is afoch a total a longa Lernprozess. (Interview 2:Z 566-568, vgl. Interview 2:Z 524, 580)

Dies zeigt, dass Betroffene oft Zeit brauchen bis sie bereit sind fremde Hilfe anzunehmen. Es fällt den Befragten nach eigenen Angaben oft schwer, sich einzugestehen, den Alltag nicht alleine bewältigen zu können. Schuld daran könnte sein, dass sie sich in einer Leistungsgesellschaft bewegen, wo es darum geht, selbständig und ohne fremde Unterstützung erfolgreich zu sein. Nach Angaben der Betroffenen ist es

aber durch Gespräche mit vertrauten HilfsakteurInnen möglich, zu lernen Hilfe anzunehmen (vgl. Interview 2:Z 574-577).

KlientInnen wünschen sich wieder ein normales Leben zu führen. Die Gewissheit, dass sie es früher einmal bewerkstelligt haben ohne fremde Unterstützung zu leben, gibt ihnen Hoffnung in Zukunft wieder „auf eigenen Füßen zu stehen“. (vgl. Protokoll 121-122, Interview 3:Z 72, 401, 416) Sich Unterstützung zu holen bedeutet demnach für Betroffene, ein Stück ihrer Selbständigkeit zu verlieren.

Als wichtigen Schritt zur selbständigen Lebensbewältigung erleben die befragten KlientInnen die Zeit im Übergangswohnhaus. Frau A. beschreibt ihre Erfahrungen mit dem Übergangswohnen folgendermaßen: „*Oiso do host zum easten moi wieda so Oat Realitätsleben ghobt, wost di söba vasoagn host messn.*“ (Interview 2:Z 96) Aus Sicht der BewohnerInnen sind z.B. das gemeinsame Einkaufen und Kochen Schritte ins normale Leben. Sie empfinden die Aufgaben, die sie in der Wohngemeinschaft zu erledigen haben als herausfordernd und sehr hilfreich (vgl. Interview 2:Z 125-127). Es kann die These aufgestellt werden, dass Betroffene das Hilfsangebot dann als unterstützend empfinden, wenn es fordernd aber nicht überfordernd gestaltet wird. Um dies zu bewerkstelligen, erscheint es für die Sozialarbeit wichtig personenzentriert und bedürfnisorientiert zu arbeiten.

7.2.4.3 Freiwilligkeit

Für die Befragten ist es sehr wichtig, dass die Inanspruchnahme von Unterstützungen auf freiwilliger Basis basiert. Betroffene sprechen sich grundsätzlich gegen die Sozialarbeit im Zwangskontext aus, erkennen aber auch Ausnahmen. Manche KlientInnen halten Maßnahmen, die gegen den Willen des/der jeweiligen Klienten/Klientin gesetzt werden, in bestimmten Situationen für notwendig. Auf welchen Aussagen diese Thesen gründen, wird im Folgenden beschrieben.

Betroffene haben manchmal das Gefühl, sich „genug ausgedet“ zu haben (vgl. Interview 1:Z 801-803). Dieses Gefühl kann dann auftreten, wenn KlientInnen beispielsweise durch Auflagen der Bewährungshilfe verpflichtet sind, regelmäßige Gesprächstermine beim Psychosozialen Dienst einzuhalten. Sie erleben die Gespräche dann als unnötig, wenn es keine besonderen Vorfälle seit dem letzten Termin gegeben hat und sie daher keine Fragen oder Anliegen haben. (vgl. Interview 1:Z 500-

505) Aus Sicht der Betroffenen sind regelmäßige Pflichttermine nicht immer sinnvoll, da sie nicht dauernd das Bedürfnis haben, mit einem/einer Experten/Expertin zu sprechen. Vielmehr wünschen sie sich *„dass man, wenn man Zeit hat und gerne möchte, ein Gespräch mit einer Fachfrau, einem Fachmann suchen und führen kann“*. (Interview 3:Z 424-425) Sehr deutlich dabei wird der Wunsch nach Freiwilligkeit, außerdem zeigt sich, dass Betroffene erwarten, Datum und Zeit des Termins mitbestimmen zu können. Dieses Mitbestimmungsrecht kann als wertschätzendes Verhalten des/der Experten/Expertin gegenüber des/der Klienten/Klientin betrachtet werden.

KlientInnen können beispielsweise sozialarbeiterische Begleitungen zu Terminen, die sie lieber selbständig besuchen wollen, als unangenehm empfinden. Sie erleben die Begleitung in diesem Fall als aufdringlich und fühlen sich bevormundet (vgl. Interview 3:Z 405). Auch hierbei wird der Wunsch nach Selbständigkeit deutlich.

Weiters erleben Betroffene das zwanghafte Verweilen auf der Akutstation in einer Nervenklinik als „schrecklich“, da man, auch wenn man sich freiwillig einweisen lässt, eingesperrt ist (vgl. Interview 2:Z 73-74). Es wird ersichtlich, dass, egal in welchem Zusammenhang, Unterstützungen von HilfsakteurInnen und sozialen Institutionen negativ beurteilt werden, wenn sie nicht auf Wunsch der Betroffenen folgen, sondern nach der Anweisung des/der Experten/Expertin.

Interessant ist, dass manche KlientInnen der Meinung sind, Betroffene haben in bestimmten Situationen nicht mehr die Kraft eigene Entscheidungen zu treffen. In solchen Fällen empfinden die KlientInnen es als wichtig, dass es Ärzte/Ärztinnen und SozialarbeiterInnen gibt, die den Ernst der Lage erkennen und für die Betroffenen handeln. (vgl. Interview 2:Z 582, 603-605) Dabei ist anzumerken, dass sich diese Sichtweise erst später entwickelt und Betroffene in der Situation, wo gegen ihren Willen entschieden wird, wütend sind und Widerstand leisten. Dies zeigt, dass sich die Sicht der KlientInnen auf eine bestimmte Situation und Hilfeleistung ändern kann. Handlungsweisen, denen in der Situation mit Unverständnis und Wut begegnet wird, werden später als Notwendigkeit betrachtet.

7.2.4.4 Sachwalterschaft

Alle der befragten KlientInnen haben oder hatten, seit dem sie sich im professionellen Hilfenetz befinden, eine/n SachwalterIn. Die Sachwalterschaft wurde gegen ihren Willen für sie bestellt. Betroffene „hassen nichts mehr als Zwänge“ und sind der Ansicht, alleine für sich sorgen zu können (vgl. Interview 3:Z 401). Daraus ergibt sich, dass die Ansätze der Sachwalterschaft als Hilfeleistung nicht den Wünschen der Betroffenen entsprechen. Wie die KlientInnen die Sachwalterschaft erleben wird nun genauer beschrieben.

Bei Herrn L. kam es vor kurzem zur Aufhebung seiner Sachwalterschaft, er berichtet, wie er sich als Besachwalteter gefühlt hat:

„Machtlos! Machtlos! Ahm, sie kennan onrufen wo sie woin, sie kennan moch'n wos sie woin, es wird immer wen geb'n, der die Hand über einen hält und das brauch ich nicht, das will ich nicht!“ (Interview 3:Z 321-322)

Mit diesem Zitat wird die ablehnende Haltung der KlientInnen deutlich. Sie haben das Gefühl, keine eigenen Entscheidungen über ihr Leben treffen zu können. Sie fühlen sich entmündigt und einer Institution ausgeliefert. Wie sich diese Einflusslosigkeit auf das Befinden der Betroffenen auswirken kann, zeigt folgendes Zitat:

„Des wirkt sich total negativ aus. Des wirkt sich total negativ aus. Vor oin Dingen psychisch, weil man nichts unternemen kann. Man kann nichts unternemen, man stößt immer wieder auf Hindernisse. Ruafns bei ana Bank on, de braucht nur in Computer eineschaun – na, sie hom an Sochwoiter, do kenn ma goa nix duan. Und so weiter und so fuat.“ (Interview 3:Z 383-387)

Das Gefühl, nichts unternemen zu können, kann bei den besachwalteten KlientInnen ein regressives Verhalten auslösen, denn: *„Es woa e völlig egal, ob i mi jetzt zua moch, oda net, es passiert sowieso ollas automatisch!“* (mit erhobener Stimme, Interview 3:Z 314-315) Der/die SachwalterIn hat aus Sicht der KlientInnen ihr Leben völlig in ihren/seinen Händen. Das bedeutet, sie fühlen sich einflusslos und entwickeln dadurch die Einstellung, es sei ohnehin egal, wie sie sich verhalten und „lassen sich einfach gehen“ (vgl. Interview 3:Z 229-230), da sowieso der/die SachwalterIn über ihr Leben entscheidet.

Betroffene fühlen sich außerdem als „von der Gesellschaft abgestempelte kleine Dodln“ (vgl. Interview 3:Z 308). Die KlientInnen haben das Gefühl, von den Mitmenschen belächelt und nicht als vollständige Menschen wahrgenommen zu werden (vgl. Interview 3:Z 336). Es ist anzunehmen, dass auch diese Empfindungen zur Entmutigung und Regression führen können. Auffällig ist auch, dass ehemals Besachwaltete die Zeit der Besachwalterung sehr deutlich von ihrem Leben ohne Besachwalterung abgrenzen (vgl. Interview 3:Z 9, 118) Dies könnte Ausdruck für die mit der Besachwalterung einhergehenden Veränderungen des Lebensgefühls sein. Das Ende der Besachwalterung scheint eine sehr große Erleichterung für Betroffene darzustellen. *„Die Beendigung der Sachwalterschaft gibt mir persönlich einen derartigen Kick, dass i gonz afoch, den Kopf nimma mehr in den Sand stecke.“* (Interview 3:Z 9-10) Aufgrund der psychosozialen Belastung, mit der KlientInnen umgehen müssen, erscheint es nachvollziehbar, dass Betroffene versuchen, die Sachwalterschaft so bald wie möglich zu beenden. Außerdem kann es auch der Fall sein, dass zwischen dem/der KlientIn und dem/der SachwalterIn kein Vertrauensverhältnis herrscht. Diese Annahme gründet auf der Tatsache, dass KlientInnen das Gefühl haben, der/die SachwalterIn entwende ihnen ihre Ersparnisse, da sie selber wenig Geld zur Verfügung haben.

Es wird deutlich, dass KlientInnen die Sachwalterschaft als Gegenpol zur eigenen Selbständigkeit verstehen. Sie wollen ihre Angelegenheiten eigenverantwortlich erledigen und sich dadurch ihres eigenen Lebens mächtig fühlen. Aus Sicht der Besachwalteten bedeutet Sachwalterschaft die Entziehung der Eigenverantwortung und damit den Verlust der Entscheidungsfähigkeit und den Verlust von Macht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Menschen, die eine psychische Erkrankung und eine Suchtmittelstörung aufweisen, sehr viel Wert auf ihre persönliche Einwilligung der sie betreffenden Unterstützungsmaßnahmen legen. Außerdem wollen sie den Hilfeverlauf mitgestalten und grundsätzlich keine zwingenden Maßnahmen erleben. Da eine Besachwalterung von Betroffenen oft verweigert wird, stellt sie aus ihrer Sicht eine zwingende Unterstützung dar und wird dementsprechend negativ bewertet.

7.2.5 Bedeutung von Beruf und Arbeit

„Normalerweise ist die Arbeit das dringendste Bedürfnis des Menschen. Arbeiten heißt, sich in einer Tätigkeit äußern, seine Absicht in die Tat umsetzen, sie in materiellen Produkten verkörpern. Arbeiten heißt, sich in Arbeitsprodukten objektivieren, sein eigenes Dasein bereichern und erweitern, Schöpfer und Gestalter sein. Dies ist das höchste Glück, das dem Menschen überhaupt möglich ist. Die Arbeit ist das Grundgesetz des Menschen.“ (Rubinstein 1962:705 zit. n.: Stöpel 1999:50)

Am Beginn der Forschung war nicht zu erwarten, dass für Menschen, die an einer psychischen Krankheit und an einer Suchtmittelstörung leiden, ein fixer Arbeitsplatz einen derart großen Wert hat. Durch die häufige Thematisierung des Arbeitsstatus von Seiten der befragten KlientInnen zeigt sich, wie wichtig ihnen Beruf und Arbeit ist. Im folgenden Kapitel soll aufgezeigt werden, was Arbeit, Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit für Betroffene bedeutet. Außerdem soll dargestellt werden, wie soziale Einrichtungen, die sich die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und das Arbeitstraining als Ziel gesetzt haben, von den KlientInnen wahrgenommen werden.

7.2.5.1 Arbeit und Arbeitsverlust

Auffallend bei den InterviewpartnerInnen ist, dass alle angeben, sich früher in fixen Arbeitsverhältnissen befunden (vgl. Interview 1:Z 819-820, Interview 3:Z 85-201) oder mehrwöchige Praktika gemacht zu haben (Interview 2:Z 181-186). Die Erzählbereitschaft über ihre früheren Tätigkeiten lässt daraus schließen, dass ihnen das Thema Arbeit und Beschäftigung wichtig ist. Ein Befragter erzählt über die Gründe seines Arbeitsverlustes:

„weil i donn doch in so a Drogenszene einegschleida bin, wenn i des net gmocht hätt, warat ma des sicher net passiert, hätt i wahrscheinlich gonz ondas glebt, hätt i wahrscheinlich nu goaweit, weil so bin i jo brav oaweitn gonga.“ (Interview 1:Z 817-820)

Demnach wird der vermehrte Drogenkonsum oder das verstärkte Suchtverhalten als Ursache des Arbeitsverlustes gesehen. Es kann auch interpretiert werden, dass der Verlust des Arbeitsplatzes zu weiteren negativen Veränderungen im Leben geführt hat. Interessant ist, dass Arbeitengehen als brav bezeichnet wird. Es könnte bedeuten, tüchtig zu sein und somit zu den fleißigen und ordentlichen Bürgern zu zählen.

Auch nach Stöpel (1999:1) ist die Fähigkeit zu arbeiten und somit einen Beitrag zur Gesellschaft zu leisten ein im westeuropäischen Kulturkreis tief verwurzelter Wert.

Einer fixen Arbeit nachzugehen heißt für die Betroffenen nicht nur ein regelmäßiges Einkommen zu haben, sondern auch sich selbst versorgen zu können und unabhängig zu sein (vgl. Interview 1:Z 82). Aernout (1997:90 zit. n.: Stöpel 1999:51) bestätigt die Entwicklung größerer Selbständigkeit durch die Arbeit. Weiters führt er an, dass Arbeit eine Stärkung des Selbstwertgefühls, die Harmonisierung des Lebensrhythmus, die Herstellung einer Verbindung zur Wirklichkeit und die Entwicklung von Verantwortungsbewusstsein unterstützt.

Ein Arbeitsverlust stellt für die Betroffenen daher meist eine große Enttäuschung dar. Laut ihren Angaben ist er auch Auslöser der darauf folgenden „schlimmsten Zeit“. Besonders drastisch wirkt sich der Verlust der Arbeit aus, wenn dadurch auch soziale Kontakte verloren gehen und Trennungen von LebensgefährtInnen darauf folgen. (vgl. Interview 3:Z 141, 178-181) Betroffene erleben die arbeitslose Zeit auch deshalb so negativ, da sie nichts zu tun haben, außer sich noch mehr mit ihren Suchtmitteln zu „betäuben“ (vgl. Interview 1:Z 412-414). Es ist anzunehmen, dass der Arbeitsplatzverlust für Betroffene auch bedeutet, keine fixe Aufgabe, keine fixen Tagesabläufe und wenig bis keine Verantwortungen mehr zu haben. Mohr (1997:26 zit. n.: Stöpel 1999:50) hat durch entsprechende Untersuchungen festgestellt, dass Arbeitslosigkeit zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit führt. Nach Wiedereintritt in das Arbeitsleben sei hingegen eine Regeneration erkennbar.

7.2.5.2 Arbeitsunfähigkeit und Arbeitssuche

Interessant ist, dass für KlientInnen, die eine Invaliditätspension beziehen und demnach als arbeitsunfähig gelten, das erste Ziel ist, Arbeit zu finden. Auffällig sind auch die zuversichtlichen Gedanken, die manche Betroffene in Bezug auf die Jobfindung haben.

„Heans i kann so vü. I brauch nur zum AMS geh, meine derzeitige Invaliditätspension aufheben und mich als Arbeitssuchender zu melden. Und i hob binnen kürzester Zeit a Oabeit. Ich mache mir punkto Arbeit keine Gedanken.“ (Interview 2:Z 165-167)

Es kann daraus interpretiert werden, dass sich manche KlientInnen sicher sind, dass sie, wenn sie wollen, auch leicht eine Arbeitsstelle bekommen. Möglicherweise ist es

ihnen auch unangenehm, als arbeitsunfähig angesehen zu werden. Weiters scheint es ihnen wichtig zu sein, klar zu stellen, dass sie durchaus fähig sind einer regelmäßigen Tätigkeit nachzugehen. Möglicherweise fühlen sie sich als Arbeitsunfähige nicht als anerkanntes und wertvolles Mitglied der Gesellschaft. Eine Befragte, die nach einigen Versuchen der Integration in den Arbeitsmarkt mittlerweile auch Invaliditätspension bezieht, kommentiert kurz ihre Erfahrung mit der Arbeitsassistenz: *„Ko i net sogn, i hobs für unongenehm empfunden. Im Gegenteil. Aussa das i jetzt in Pension bin und ka Oabeitsassistentin mehr hob und brauch, jo.“* (Interview 2:Z 312-313) Es kann daraus gedeutet werden, dass manche Betroffene es als unangenehm empfinden, keine Arbeitsassistenz mehr zu brauchen, sondern in Pension zu sein. Sie haben, trotz der Feststellung arbeitsunfähig zu sein, den Wunsch nach einer fixen Anstellung. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass Arbeit eine Möglichkeit bietet, ein Stück Normalität im Alltag zu erleben.

„Die Fähigkeit zu arbeiten erscheint als das Kriterium, welches der Person ermöglicht, die Rolle des Kranken bzw. des psychiatrischen Patienten (...) zu verlassen, einen ‚sozialen Zugang‘ zu der Gesellschaft zu finden und einen positiven sozialen Status zu erhalten.“ (Bennet 1985:152)

7.2.5.3 Arbeitstraining statt zuhause „Umadumhängen“

Manche KlientInnen, die an einer psychischen Erkrankung und an einer Suchtmittelstörung leiden, haben in sozialen Einrichtungen, die Qualifizierungs- und Arbeitsmöglichkeiten und Begleitung anbieten, die Chance ihre Qualifikationen weiterzuentwickeln. Herr N. arbeitet von Montag bis Freitag von 08:00 bis 15:00 Uhr in der City Farm, einer Einrichtung der Emmaus Gemeinschaft St. Pölten. Er beschreibt, was ihn dazu bewegt, in die Arbeit zu gehen anstatt zu Hause zu bleiben.

„Jo, na es is wegn dem Zeitvatreib. Es vageht ondas die Zeit und jo, die Zeit vageht afoch schnölla. Und daham umadumhänga, oda auf und ob renna, des daugt ma nu weniga. Na, do geh i liaba ume oaweitn, weil i streng mi jo net on. Oiso in da City Farm is des eigentlich ka Plog.“ (Interview 1:Z 138-141)

Es wird sehr deutlich, wie wichtig es für Betroffene ist, regelmäßig in die Arbeit zu gehen. Der Klient beschreibt, dass durch die Tätigkeit die Zeit anders vergeht. Es ist anzunehmen, dass KlientInnen durch die Aufgaben, die sie erfüllen, das Gefühl ent-

wickeln, die Zeit sinnvoll zu nützen und etwas zu schaffen. Außerdem gibt ihnen die regelmäßige Arbeitszeit eine Tagesstruktur. Interessant gestaltet sich, dass Herr N. meint, es sei keine Plage. Es kann daraus interpretiert werden, dass die KlientInnen deshalb gerne hin gehen, weil die Arbeiten genau auf ihre Fähigkeiten abgestimmt sind und sie sich deshalb nicht überfordert fühlen. An dieser Stelle wird deutlich, wie wichtig es für die Hilfsakteure/Hilfsakteurinnen ist, die Angebote auf die Bedürfnisse der KlientInnen abzustimmen. Es kann angenommen werden, dass Herr N. nicht so gerne in die City Farm arbeiten gehen würde, wenn die Aufgaben nicht seinem Leistungsvermögen angepasst wären. Herr N. versteht seine Arbeiten (Fahrräder reparieren, Holzarbeit, Gartenarbeiten) als keine großen Taten und empfindet sie als Beschäftigung. *„Jo a Beschäftigung is. Die Zeit vageht, jo und lerna duat ma a wos, ...ob und zua.“* (Interview 1:Z 151) Es ist zu erkennen, dass Herr N. zwar mit der Beschäftigung in der City Farm zufrieden ist und er dort gute Erfahrungen macht, allerdings wünscht er sich möglicherweise einen stärkeren Lerneffekt. Grund dafür könnte sein, dass er eine „ordentliche Arbeit“, also einen Arbeitsplatz ohne unterstützende Begleitung, anstrebt (vgl. Interview 1:Z 41) und er sich dafür vorbereiten möchte. Allerdings erwähnt er zu Beginn des Gesprächs, dass er ein fauler Mensch sei, er nicht gerne arbeite und lieber zu Hause bleibe (vgl. Interview 1:Z 28). Dies zeigt, dass sich manche Betroffene dazu überwinden müssen, einer regelmäßigen Beschäftigung nachzugehen. Es ist ein Widerspruch zu erkennen: Einerseits haben Betroffene das Gefühl, nicht genug zu lernen und nicht ausreichend gefordert zu werden, andererseits fällt es ihnen schwer, zu den Arbeitszeiten regelmäßig anwesend zu sein. Möglicherweise haben die Betroffenen sehr hohe Erwartungen an sich selbst, da es ihr Ziel ist, eine Anstellung am 1. Arbeitsmarkt zu finden. Dass Arbeit nicht nur Beschäftigung bedeutet, sondern auch Integration und Gruppenzugehörigkeit, kann aus dem folgenden Zitat abgeleitet werden:

„I hob glei mitgoaweit mit de ondan, i hob glei mitgspüt mit de ondan. Es woa eigentlich a gonz a guade Aufnahme, i hob mi glei woi gfühlt.“ (Interview 1:Z 789-791)

Es ist anzunehmen, dass es KlientInnen sehr wichtig ist, sich gut in die bereits bestehende Arbeitsgruppe zu integrieren. Möglicherweise besteht anfangs die Angst, von den anderen MitarbeiterInnen nicht aufgenommen zu werden. Die Betroffenen bemühen sich deshalb von Anfang an mitzuarbeiten, um sich in die Gruppe einzufügen. Reimer/Kunow/Kuhnt (1990:108 zit. n.: Stöpel 1999:53) haben festgestellt, dass

eine Abhängigkeit zwischen dem Grad der beruflichen Integration und der Anzahl der Freunde und Bekannten von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen besteht. Demnach haben Personen, die weniger ins Berufsleben integriert sind, auch weniger Freunde und Bekannte. Umso wichtiger erscheint es für die Sozialarbeit, die KlientInnen so weit wie möglich bei der Integration in die Arbeitswelt zu unterstützen.

7.3 Anforderungen des Hilfesystems an die Betroffenen

Bei genauerem Betrachten der Forschungsunterlagen ist zu erkennen, dass nicht nur die Betroffenen Wünsche und Erwartungen an ihr Hilfesystem haben, sondern auch professionelle HelferInnen sich ein bestimmtes Verhalten von ihren KlientInnen und PatientInnen wünschen. Aus der Perspektive der Hilfesuchenden werden die Wünsche des Hilfesystems an die Klientinnen als Anforderungen sichtbar. Welche Erwartungen das Hilfesystem an die Betroffenen hat, wird in den folgenden Unterkapiteln erläutert.

7.3.1 Mut und Überwindung

Eine befragte Klientin erzählt, dass es Menschen, die eine psychische Erkrankung und eine Suchtmittelstörung aufweisen, besonders schwer falle, bei sozialen Institutionen um Hilfe zu fragen. Laut ihren Aussagen haben Betroffene Anlaufschwierigkeiten, da sie nicht wissen, was dort passiert. (vgl. Interview 2:Z 560-562) Dies zeigt, dass Betroffene, die bereit sind, Hilfe anzunehmen, Mut und Überwindung benötigen, um sich mit ihren Problemen an soziale Einrichtungen zu wenden. Es ist anzunehmen, dass manche Betroffene sich gehemmt fühlen, eine soziale Einrichtung aufzusuchen. Gründe dafür könnten fehlende Informationen über die Institution (über Unterstützungsmöglichkeiten und Verlauf des Hilfeprozesses) und fehlende Erfahrungswerte sein. Gespräche mit Betroffenen, die bereits in Kontakt mit der jeweiligen Institution waren oder noch immer sind, könnten helfen eventuelle Hemmungen vor einem Anruf oder Besuch abzubauen.

7.3.2 Compliance und Verlässlichkeit

Die professionellen HelferInnen wünschen sich für die Betreuungsbeziehung von ihren KlientInnen Ehrlichkeit und Verlässlichkeit. Dies lässt sich daraus schließen, dass manche KlientInnen kein gutes Gefühl haben, wenn sie ihren professionellen HelferInnen etwas verschweigen, beispielsweise ihre Selbstmordgedanken oder ihre ü-

berschüssige Tabletteneinnahme. (vgl. Interview 2:Z 525-528) Außerdem wird von Betroffenen die Einhaltung von regelmäßigen Gesprächsterminen oder zumindest eine Absage im Falle der Verhinderung gefordert (vgl. Interview 1:Z 108.111). Weiters ist zu beobachten, dass das Maß an Betreuungsmöglichkeiten sehr stark davon abhängt, wie compliant die KlientInnen sind. Was bedeutet nun der Begriff Compliance? „Der Begriff Patienten-Compliance kommt aus dem Bereich der medizinischen Psychologie sowie der Gesundheitspsychologie. Sie beschäftigt sich mit der Befolgung ärztlicher Verordnungen, Ratschläge und Maßnahmen sowie der Mitarbeit des Patienten.“ (Häcker/Stapf 1998:157 zit. n.: Scherenberg 2003:3) Schneller/Kühner (1989:15 zit. n.: Scherenberg 2003:3) beschreiben Compliance „im Hinblick auf die Anordnung beziehungsweise Empfehlung des Arztes (...) als das Verhältnis zwischen tatsächlicher Therapiedurchführung (durch den Patienten) und Therapiestandard (festgelegt durch den Arzt). (ebd.) Compliance bedeutet demnach die Einwilligung und die Befolgung der Therapiemaßnahmen, die der/die Arzt/Ärztin anweist. Aus sozialarbeiterischer Sicht und auch unter den MedizinerInnen ist der Begriff nicht unumstritten. Ein/eine Arzt/Ärztin, der/die sich von seinen/ihren PatientInnen Compliance erwartet, geht davon aus, dass es seinen/ihren PatientInnen nur dann besser gehen wird, wenn er/sie seine/ihre Anweisungen befolgt, d.h. wenn sie ihm/ihr gegenüber gehorsam sind. Nach Schuller (o.A.:17f zit. n.: Scherenberg 2003:3) scheint die Definition des „Patientengehorsams“ im Zeitalter des „mündigen Patienten“ allerdings überholt zu sein. Ärzte/Ärztinnen haben es häufig mit „Non-Compliant-PatientInnen“ zu tun. Dies bedeutet, dass PatientInnen die Therapie generell verweigern, bestimmte Therapiemaßnahmen ablehnen oder eigenmächtig die Verordnung modifizieren. (vgl. Petermann 1998:73f zit. n.: Scherenberg 2003:5) Dass Non-Compliance und mangelnde Verlässlichkeit seitens der Betroffenen gegenüber den professionellen HelferInnen den Weg zu bestimmten Hilfemaßnahmen unzugänglich machen kann, zeigt folgender Akteneintrag:

„Er möchte in ein Entzugsprogramm. Ich sage ihm, dass er Vereinbarungen nicht einhält und es deshalb nicht möglich ist.“ (Protokoll 1:Z 11-12)

Demnach stellt das Hilfesystem an die KlientInnen Bedingungen, die sie für eine Hilfeleistung erfüllen müssen. Beispielsweise ist das Einhalten von Vereinbarungen eine Voraussetzung, um in ein Entzugsprogramm aufgenommen zu werden. Hier wird das Dilemma des Betreuungsverlaufes ersichtlich: Betroffene sind durch ihren ge-

sundheitlichen Zustand (Belastung durch psychische Erkrankung und Suchtmittelstörung) nicht fähig, Vereinbarungen und Termine einzuhalten. Um einen Schritt in die Normalität zu machen, wird ein drogenfreies Leben angestrebt. Die ambulante Behandlung erweist sich aufgrund der unzuverlässigen Medikamenteneinnahme oft als schwierig. Diese Unzuverlässigkeit und das Nichteinhalten von Vereinbarungen schließen die Betroffenen von einer stationären Behandlung aus. Die Compliance als Bedingung für einen stationären Entzug bringt somit den Betreuungsverlauf zum Stillstand. Zur Verdeutlichung der wechselseitigen Erwartungen und Forderungen wird in folgender Tabelle die Perspektive des Hilfesystems der Perspektive der KlientInnen gegenübergestellt.

Perspektive des Hilfesystems	Perspektive der KlientInnen
Erwartungen an meine KlientInnen	Forderungen meines Hilfesystems
Erfüllen Sie unsere Erwartungen und Sie bekommen unsere Unterstützung!	Ich muss die Erwartungen des HNW erfüllen, um Zugang zum Unterstützungsangebot zu bekommen.

Abbildung 6

8. Resümee

Das zentrale Forschungsinteresse dieser Arbeit liegt in der Beantwortung der Frage, wie klientInnenorientiert sich das Hilfesystem für Menschen mit der Doppelproblematik psychische Erkrankung und Suchtmittelstörung im Raum Mostviertel gestaltet. Um dies herauszufinden, wurden Betroffene zu ihren Erfahrungen mit sozialen Einrichtungen befragt. Im letzten Teil dieser Arbeit sollen nun die zentralen Forschungsergebnisse zusammengefasst, der Bezug zur Sozialarbeit verdeutlicht, und mögliche Handlungsempfehlungen angeführt werden.

Die Forschung zeigt, dass sich für Betroffene mit dem Eintritt in das Hilfesystem ihr soziales Netzwerk verändert. Oft gewinnen sie nicht nur Kontakte zu professionellen HelferInnen, sondern verlieren gleichzeitig die Verbindung zu ihrem Freundeskreis. Es zeigt sich, dass diese Veränderung eine Belastung für die Betroffenen darstellt, und es notwendig ist, diese Veränderungen in den Betreuungsgesprächen zu thematisieren. Als Hilfsmittel zur Thematisierung von Veränderungen des sozialen Netz-

werks oder von problembehafteten Beziehungen der KlientInnen empfiehlt sich die Anwendung der Netzwerkkarte. Bei dieser Methode wird gemeinsam mit dem/der Klienten/Klientin sein/ihr soziales Netzwerk grafisch dargestellt und analysiert. Die Analyse bietet zudem die Möglichkeit festzustellen, wie sich ihr professionelles Hilfesystem gestaltet und inwiefern es für die KlientInnen unterstützend wirkt.

Ein zentrales Forschungsergebnis ist, dass die Betreuung von den Betroffenen dann hilfreich und sinnvoll empfunden wird, wenn bedürfnisorientiert, personenzentriert und zielorientiert gearbeitet wird. Diese Feststellung beruht auf den Erzählungen der InterviewpartnerInnen. Es ist zu erkennen, dass sich die KlientInnen von ihrem Hilfesystem die Möglichkeit wünschen, sich mit ihren Problemen auseinanderzusetzen. Vor allem haben sie das Bedürfnis, mit Hilfe verschiedener Therapien und anhand von Einzelgesprächen mit ProfessionistInnen intensiv an ihren Verhaltensweisen zu arbeiten, sie zu reflektieren und dadurch veränderbar zu machen. Sie wünschen sich von ihren HelferInnen als Individuen wahrgenommen, verstanden und angenommen zu werden. Es konnte festgestellt werden, dass diese Bedürfnisse der KlientInnen nur dann erfüllt werden können, wenn sich die professionellen HelferInnen für ihre KlientInnen bzw. PatientInnen Zeit nehmen und zu ihnen eine helfende Beziehung aufbauen. Biesteks Grundsätze der helfenden Beziehung liefern wichtige Hinweise für ein gelingendes Miteinander zwischen helfender und hilfesuchender Person. Beispielsweise ist es notwendig, als Hilfebietern die Haltungen der Betroffenen nicht zu verurteilen und auf ihre individuellen Bedürfnisse einzugehen. Die Forschungsergebnisse zeigen allerdings, dass vor allem das Eingehen auf die Bedürfnisse der Betroffenen keine Selbstverständlichkeit des Betreuungsverlaufes ist. Denn bei den Betroffenen zeigt sich u.a. deutlich der Wunsch nach mehr und ausführlichen Einzelgesprächen mit ihren Ärzten/Ärztinnen. Die Betroffenen geben an, das Gefühl zu haben, von ihren PsychiaterInnen nicht verstanden zu werden. Die Ärzte/Ärztinnen hätten keine Zeit ihnen zuzuhören und würden ihnen nur Medikamente verschreiben. Sie seien ihnen daher sehr fremd und wüssten nicht, wie sie ihre Haltungen einschätzen sollen. Die Zeit mit ÄrztInnen wird von Betroffenen daher als Luxusgut betrachtet. Weiters zeigt sich, dass das Kommunikationsdefizit seitens der Ärzte/Ärztinnen den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen ihnen und den PatientInnen verhindert. Zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin besteht daher meist ein misstrauisches Verhältnis und die PatientInnen begegnen demzufolge auch den Unterstützungsangeboten der MedizinerInnen mit Unsicherheit. Beispielsweise leh-

nen PatientInnen die medikamentöse Behandlung ab oder nehmen sporadisch die verschriebenen Medikamente ein. Dieses Misstrauen der PatientInnen wird von den Ärzten/ÄrztInnen als Non-Compliance der PatientInnen verstanden. Non-Compliance bedeutet, dass PatientInnen die Therapiemaßnahmen der Ärzte/Ärztinnen nicht oder nur teilweise befolgen. Hier wird der Zusammenhang zwischen der PatientInnen-Compliance und den mangelnden Zeitressourcen der Ärzte/ÄrztInnen sichtbar. Die fehlende Zeit für ausführliche und intensive Gespräche führt dazu, dass ihnen Betroffene nicht vertrauen und daher die therapeutischen Behandlungsanweisungen nicht einhalten. Es stellt sich die Frage, wie eine individuellere ärztliche Behandlung, die auch ausführliche Gespräche beinhaltet, ermöglicht werden kann. Als Aufgabe der Sozialarbeit kann in diesem Zusammenhang das Aufmerksam- und Bewusstmachen dieses Problems gesehen werden. Eine gute professionsübergreifende Zusammenarbeit ist diesbezüglich von wichtiger Bedeutung.

Die Non-Compliance, die sich u.a. durch das Nichteinhalten von Vereinbarungen äußert, wirkt bestimmend auf das Maß an Behandlungsmöglichkeiten. Dies lässt sich deshalb behaupten, da die Forschungsergebnisse zeigen, dass das Hilfesystem hohe Anforderungen an die KlientInnen stellt. Es wird außerdem nur jenen KlientInnen Zugang zu den Hilfsangeboten gewährt, die die Anforderungen der Hilfseinrichtung erfüllen können. Beispielsweise ist die Einhaltung von Terminen eine Voraussetzung, um in ein stationäres Entzugsprogramm aufgenommen zu werden. Hierbei wird ersichtlich, dass sich das Hilfsangebot nicht bedürfnisorientiert gestaltet. Die ambulante Behandlung von DD-Betroffenen erscheint aufgrund der unregelmäßigen Medikamenteneinnahme ebenso unbefriedigend wie der daraus folgende Ausschluss aus stationären Behandlungsangeboten. Es stellt sich die Frage, wie DD-Betroffene, die nicht compliant und meist auch nicht krankheitseinsichtig sind, vom Hilfesystem unterstützt werden können. Keinesfalls sollten sie aber aufgrund mangelnder bedürfnisorientierter Unterstützungsangebote aus dem Hilfesystem ausgeschlossen werden.

Ein weiteres Forschungsergebnis ist, dass KlientInnen nicht immer das Gefühl haben, sich ihren Zielen zu nähern. Als Zweck der Gespräche mit den SozialarbeiterInnen wird oft die Berichterstattung der vorgefallenen Ereignisse gesehen. Die Betreuung erscheint den Betroffenen in diesem Fall nicht notwendig, da sie keine Veränderung ihrer Situation verzeichnen können. Als Handlungsempfehlung kann hier ein

verstärktes zielorientiertes Arbeiten angeführt werden. Die gemeinsame Aufstellung eines Betreuungsplanes mit definierten Zielen kann als Hilfsmittel für eine zielorientierte Betreuung eingesetzt werden. So wird den KlientInnen gleichzeitig der Zweck der Betreuungsbeziehung vermittelt, nämlich die Unterstützung bei der Verwirklichung ihrer Ziele.

Weiters konnte beobachtet werden, dass sich KlientInnen, die seit über zehn Jahren betreut werden, mit einem Fixplatz im Hilfesystem abgefunden haben. Sie fühlen sich den Institutionen bereits zugehörig und im Hilfesystem sicher. Möglicherweise erlernen Betroffene aufgrund fehlender Zielorientierung ihre Hilflosigkeit und vertrauen eher auf die Handlungsfähigkeit ihrer Hilfsakteure/Hilfsakteurinnen als auf ihre eigene und entwickeln darauf folgend eine Abhängigkeit. Die Sozialarbeit als Hilfe zur Selbsthilfe impliziert nicht die Beherrschung von KlientInnen im Hilfesystem, sondern die Unterstützung zur selbständigen Lebensbewältigung. Aus Sicht der Sozialarbeit erscheint es daher wichtig, eine Abhängigkeit der Betroffenen von den HilfsakteurInnen zu vermeiden. Dies könnte dadurch erfolgen, dass die Hilfesuchenden in ihrer Handlungsfähigkeit bestärkt werden. In der Praxis kann das bedeuten, dass der/die SozialarbeiterIn die KlientInnen so weit wie möglich selbständig seine/ihre Angelegenheiten erledigen lässt und nur unterstützend eingreift. Grundsätzlich wollen Betroffene keinesfalls von anderen Personen abhängig sein und legen sehr viel Wert auf Selbständigkeit und Eigenverantwortung. Betroffenen fällt es nach ihren Angaben anfangs schwer, zu akzeptieren, dass es erlaubt ist, eigene Schwächen zu zeigen und Hilfe von professionellen HelferInnen anzunehmen. Sie versuchen daher, lange Zeit ohne professionelle Hilfe auszukommen und vermeiden die Annahme fremder Hilfe. Hierbei erscheint es als SozialarbeiterIn wichtig, den Betroffenen Hilfe und Unterstützung als normal und alltäglich zu vermitteln. Die Wahrnehmung der eigenen Schwächen und die Annahme von professioneller Hilfe können als Zeichen der Selbstverantwortung betrachtet werden. Durch die Aufklärung über die Kunst, in schwierigen Lebenssituationen Hilfe anzunehmen, können vermutlich KlientInnen, die jahrelang versuchen sich selbst zu heilen, überzeugt werden, sich von ProfessionistInnen helfen zu lassen. Hilfeleistung als normal zu vermitteln, sie aber den Betroffenen nicht als Gewohnheit anzulernen, scheint hierbei die Herausforderung für die Sozialarbeit und für alle anderen helfenden Professionen zu sein.

Die hohe Wertschätzung einer autonomen Lebensführung lässt sich ebenso aus der ablehnenden Haltung zur Sachwalterschaft schließen. Sie wird von den Betroffenen als Gegenpol zur Eigenverantwortung und Selbständigkeit betrachtet. Die Sachwalter, die die Aufgabe haben, die Betroffenen davor zu schützen, Geschäfte zu ihrem eigenen Nachteil zu tätigen, werden von den Betroffenen als GegnerInnen betrachtet, da ihnen meist gegen ihren Willen die Eigenverantwortung für alle oder bestimmte Angelegenheiten abgenommen wird. Dies führt dazu, dass Betroffene das Gefühl haben, ihre Machtkompetenzen an den/die SachwalterIn abzugeben und keine selbständigen Entscheidungen mehr über ihr eigenes Leben treffen zu können. Hier wird der Machtkonflikt zwischen den Besachwalteten und den SachwalterInnen sichtbar. Es stellt sich die Frage, wie den Betroffenen vermittelt werden kann, dass ihnen durch eine Sachwalterschaft die Macht nicht entzogen wird, sondern ihre Macht aufgrund ihrer momentanen Schwäche unterstützt wird und weiters, der/die SachwalterIn das Ziel verfolgt, im Sinne der Betroffenen zu handeln und sie dabei unterstützt, ihre eigene Handlungsfähigkeit wieder zu stärken.

Die Forschungen zeigen auch, dass sich Betroffene durch das Nachgehen einer Arbeit selbständiger und handlungsfähiger fühlen. Außerdem wirken die Tätigkeiten ablenkend und helfen den Betroffenen, ihre Probleme kurzfristig zu vergessen. Regelmäßige Arbeitszeiten ermöglichen einen strukturierten Tagesablauf und einen gelingenden Alltag. Für Betroffene bedeutet eine fixe Arbeit zu haben, ein Stück Normalität zu leben. Die Arbeit stellt für Betroffene außerdem die einzige Möglichkeit dar, die Rolle des/der Kranken zu verlassen und einen Beitrag zur Gesellschaft zu leisten. Die Arbeitsstelle ist außerdem ein Platz, wo Beziehung und soziale Integration statt findet. Es ist zu erkennen, wie wichtig soziale Einrichtungen sind, die Betroffene bei der Arbeitsintegration unterstützen. Beispielsweise bieten Arbeitstherapieplätze und Arbeitstrainingsprogramme für psychisch kranke Menschen die Möglichkeit, ihre Qualifikationen weiterzuentwickeln und eine Anstellung am ersten Arbeitsmarkt anzustreben.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die Frage nach den Erfahrungen mit sozialen Einrichtungen von den Betroffenen großteils mit Äußerungen von Wünschen beantwortet wurde. Diese Beobachtung und die angeführten Forschungsergebnisse zeigen, dass sich das Hilfesystem nicht ausreichend an den Bedürfnissen der KlientInnen orientiert. Die Philosophie der Sozialarbeit ist die Betrachtung des/der Klient-

ten/Klientin als Experten/Expertin seiner/ihrer Lebenswelt. Diese Grundhaltung der Sozialarbeit bedeutet auch, dass der/die Betroffene mitsamt seiner/ihrer schwierigen Lebenssituation wahrgenommen wird, im Gespräch seine/ihre Bedürfnisse erfragt werden, um in Folge die sozialarbeiterischen Interventionen darauf abzustimmen. Die Forschung zeigt, dass sich die Hilfeleistungen oft nicht an den Bedürfnissen der KlientInnen orientieren, sondern umgekehrt, dass die KlientInnen aufgefordert sind, ihre Bedürfnisse nach den Hilfsangeboten zu richten. Den Betroffenen wird oft keine Zeit gegeben, um den ProfessionistInnen ihre Bedürfnisse anzuvertrauen. Außerdem fehlen Handlungskonzepte für die Betreuung von Menschen mit Doppeldiagnose und Einrichtungen, die sich den Bedürfnissen von DD-Betroffenen gewachsen fühlen. Die Aktuelle Situation gestaltet sich so, dass sich KlientInnen, die eine Suchtmittelstörung und eine psychische Erkrankung aufweisen, erst den Zugangsvoraussetzungen bestimmter Hilfsangebote anpassen müssen, um beispielsweise in ein stationäres Entzugsprogramm aufgenommen zu werden. Die Folge daraus ist, dass sich KlientInnen früher oder später mit ihren Problemen alleine gelassen, vom Hilfesystem ausgeschlossen und „unheilbar“ fühlen (vgl. Interview 1:Z 579-580).

Es eröffnen sich weitere Themen, die interessant sind zu erforschen, beispielsweise stellen sich folgende Fragen: Wie klientinnenorientiert gestaltet sich das Hilfesystem von DD-Betroffenen aus Sicht der professionellen HelferInnen? Wie gehen die österreichische Suchthilfe und psychiatrische Institutionen mit DD-Betroffenen um? Welche Betreuungsstrategien werden angewendet?

Weiters wäre es interessant, anhand einer Fallstudie das Hilfesystem eines/einer DD-Betroffenen über einen längeren Zeitraum zu analysieren, um so die Hintergründe des Betreuungs- und Behandlungsverlaufes zu verstehen.

Die Diplomarbeit beinhaltet aufgrund der Komplexität des Themas kein umfassendes Betreuungskonzept für Menschen, die von der Doppelproblematik betroffen sind. Dazu müssten die Bedürfnisse von Betroffenen genauer untersucht werden und mit der aktuellen Angebotslandschaft der Suchthilfe, psychiatrischen Hilfe, Arbeitsintegrationshilfe und der Wohnungslosenhilfe verglichen werden. Die Forschungsergebnisse und die vorliegende Diplomarbeit bieten allerdings für die einzelnen Hilfsakteure/Hilfsakteurinnen die Möglichkeit, ihr eigenes, unterstützendes Handeln zu reflektieren und Überlegungen zur eigenen Bedürfnisorientierung im Betreuungsverlauf anzustellen.

Literaturverzeichnis

Academic Dictionaries and Encyclopedias (o.J.): Anton-Proksch-Institut Stiftung Genesungsheim Kalksburg, <<http://dic.academic.ru/dic.nsf/dewiki/87500> > (30.06.2009)

Aernout, J.R. (1997): Arbeitstherapie. Eine praxisorientierte Einführung, 7. Auflage, Weinheim/Basel.

Anton Proksch Institut (o.J): Therapiezentrum zur Behandlung von Abhängigkeiten, <<http://www.api.or.at/typo3/startseite.html>> (30.06.2009)

Bang, Ruth (1970): Die helfende Beziehung als Grundlage der persönlichen Hilfe. Ein Wegweiser der Hilfe von Mensch zu Mensch, 2. Auflage, München.

Behrendt, Klaus (1996): Beziehung zwischen Arzt und Patient – Ziele und Grenzen in der Praxis, in: Nowak, Manfred/Schifman, Richard/Brinkmann, Rüdiger: Drogensucht. Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis, 2. Auflage, Stuttgart, 151-160.

Bühringer, Gerhard (1992): Drogenabhängig. Wie wir Mißbrauch verhindern und Abhängigen helfen können, Freiburg im Breisgau.

Bundesministerium für Justiz (2005): Sachwalterschaft. Wissenswertes für Betroffene, Angehörige und Interessierte, <http://www.noelv.at/cms/upload/pdf/SW-Broschuere_2007.pdf> (29.06.2009)

Brodbeck, Jannette (2007): Diagnostik von Komorbidität, psychischer Störung und Sucht, in: Moggi, Franz (Hg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, 2. Auflage, Göttingen, 161-177.

Brosch, Werner (1994): Psychiatrie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und andere professionelle Helfer, Wien.

Drake, Robert E./**Mueser**, Kim T. (2007): Management von Patienten mit schweren psychischen Störungen und Substanzstörungen, in: Moggi, Franz (Hg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, 2. Auflage, Göttingen, 197-220.

Emmaus CityFarm (o.A.): Informationsblatt zum Arbeitstraining, o.O.

Emmaus CityFram (o.A.): Informationsblatt zur Arbeitstherapie, o.O.

Emmausgemeinschaft St. Pölten (o.A.)

<<http://www.emmaus.at/default.php?ID=3&SUBID=11>> (02.07.2009)

Emmausgemeinschaft St. Pölten (2006): Hier blühe ich so richtig auf. Wohnheime und Betriebe der Emmausgemeinschaft St. Pölten, 3. Auflage, o.O.

Fabisch, Karin (2000): Komorbidität in der Psychiatrie. Die Bedeutung von Krankheitsbegriff und Klassifikation für das Verständnis von Komorbidität und Kosyndromatik in Psychiatrie und Klinischer Psychologie, Linz.

Federspiel, Krista/**Lackinger** Karger, Ingeborg (1996): Kursbuch Seele. Was tun bei psychischen Problemen? Beratung Selbsthilfe Medikamente. 120 Psychotherapien auf dem Prüfstand, Köln.

Froschauer, Ulrike/**Lueger**, Manfred (1992): Das qualitative Interview zur Analyse sozialer Systeme, Wien.

Froschauer, Ulrike/**Lueger**, Manfred (2003): Das qualitative Interview, Wien.

Geisler, Linus (2002): Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Stärkung des dialogischen Prinzips, in: Schlussbericht der Enquête-Kommission "Recht und Ethik der modernen Medizin", Berlin, 216-220. Martin Luther Universität Halle-Wittenberg, <<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/090/1409020.pdf>> (05.07.2009)

Girtler, Roland (1984): Methoden der qualitativen Sozialforschung. Anleitung zur Feldarbeit, Band 1, Wien/Köln/Graz.

Glaser, Barney G./**Strauss**, Anselm L. (1974): The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research, Chicago.

Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (2007): Komorbidität Psychose und Sucht. Grundlagen und Praxis. Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie, 2. Auflage, Darmstadt.

Hardtmann, Gertrud (1991): IrrenHaus. Eine Einführung in die Psychiatrie und ihre sozialpädagogischen Arbeitsfelder, Band 7, Weinheim/Basel.

Houtman, A.M.A. (1978): Machtaspekte in der helfenden Beziehung, Freiburg im Breisgau.

Huber, Winfrid (1992): Probleme Ängste Depressionen. Beratung und Therapie bei psychischen Störungen, 1. Auflage, Bern.

Hurrelmann, Klaus/**Bründel**, Heidrun (1997): Drogengebrauch Drogenmissbrauch. Eine Gratwanderung zwischen Genuß und Abhängigkeit, Darmstadt.

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung, 4. Auflage, Weinheim.

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer (o.A.)¹: Hauptseite <<http://www.mauer.lknoe.at/>> (02.07.2009)

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer (o.A.)²: Station für Alkoholabhängigkeit, <<http://www.mauer.lknoe.at/de/833/>> (02.07.2009)

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer (o.A.)³: Station für Drogenabhängigkeit, <<http://www.mauer.lknoe.at/de/813/>> (02.07.2009)

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer (o.A.)⁴: Erwachsenenpsychiatrie, <<http://www.mauer.lknoe.at/de/830/>> (02.07.2009)

Lieb, Roselind/**Isensee**, Barbara (2007): Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität, in: Moggi, Franz (Hg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, 2. Auflage, Göttingen, 27-58.

Matakas, Frank (1992): Neue Psychiatrie. Integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch, Göttingen.

Mayr, Johannes/**Meixner**, Oliver/**Waidacher**, Michael (1996): Vergleich der Methoden der Soziologie und der Geschichte, Universität für Bodenkultur Wien, <<http://www.boku.ac.at/mi/fp/soz/soz-teil3.html>> (23.06.2009)

Moggi, Franz/ **Donati**, Ruth (2004): Psychische Störungen und Sucht. Doppeldiagnosen, Göttingen.

Moggi, Franz (2007): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, 2. Auflage, Bern.

Mohr, G. (1997): Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit, Frankfurt am Main u.a.

Müller, Thomas Jörg (2007): Medikamentöse Strategien bei Patienten mit Doppeldiagnosen, in: Moggi, Franz (Hg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, 2. Auflage, Göttingen, 247-275.

Musalek, Michael Dr. (2008): Zusammenfassung und Ausblick, in: Sucht, Komorbidität und Behandlung. Neue Wege in der Behandlung von Suchtkranken, Kongress des Anton-Proksch-Institutes, 25.-26. Jänner 2008, Wien.

Pantuček, Peter (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung in soziale Berufe, Freiburg im Breisgau.

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel Eggenburg (o.A.)¹:
<http://www.pszw.at/uns_3.php?PHPSESSID=a8c6961bc98167207ed88d939f51b7fa> (02.07.2009)

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel Eggenburg (o.A.)²:
<<http://www.pszw.at/information.php?PHPSESSID=a8c6961bc98167207ed88d939f51b7fa>> (02.07.2009)

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel Eggenburg (o.A.)³:
<http://www.pszw.at/uns_4.php?PHPSESSID=a8c6961bc98167207ed88d939f51b7fa> (02.07.2009)

Psychosozialer Dienst (o.J.): Über uns, <<http://www.psychosozialer-dienst.at/index.php?id=72>> (29.06.2009)

Reinders, Heinz Dr. (2005): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden, München.

Roessler, Marianne/**Gaiswinkler**, Wolfgang (2006): Grounded Theory – gegenstandsnahe Theoriebildung, in: Flaker, Vito/Schmid, Tom (Hg.): Von der Idee zur

Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft,
Wien/Köln/Weimar, 145-165.

Rubinstein, S. L. (1962): Grundlagen der allgemeinen Psychologie, Berlin.

Sakett, D. L./Hayner, B./Taylor, D.W. (1982) Compliance. Handbuch, München/Wien.

Saß, Henning/Wittchen, Hans-Ulrich/Zauding, Michael/Houben, Isabel (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textversion DSM-IV-TR, Göttingen.

Scheibenbogen, Oliver/Feselmayer, Senta (2008): Das Wesentliche sehen? Zur Epidemiologie komorbider Störungen in der Suchtberatung, in: Sucht, Komorbidität und Behandlung. Neue Wege in der Behandlung von Suchtkranken, Kongress des Anton-Proksch-Institutes von 25.-26. Jänner 2008, Wien.

Scherenberg, Viviane (2003): Patientenorientierung – Compliance und Disease Management Programme. Praxisbeispiel Diabetis millitus Typ 2, Stuttgart/Berlin.

Schmidt-Grunert, Marianne (Hg.) (1999): Sozialarbeitsforschung konkret. Problemzentrierte Interviews als qualitative Erhebungsmethode, Freiburg im Breisgau.

Schmidt, Lutz G. (1997): Diagnostische Aufgaben bei Alkoholmißbrauch und –abhängigkeit, in: Watzl, Hans/Rockstroh, Brigitte: Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen, Göttingen, 11-23.

Schwoon, Dirk R./Krausz Michael (Hg.) (1992): Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze, Freiburg im Breisgau.

Sheehy, Michael/Cournos Francine (1996): Psychische Störungen – wie man sie erkennt und behandelt, in: Kass, Frederic I./Oldham, John M./Pardes, Herbert/Wittchen, Hans-Ulrich (Hsg.): Das Große Handbuch der seelischen Gesundheit, Weinheim, 7-22.

Soyka, Michael (1998): Diagnostik und Nachweis von Substanzmißbrauch, in: Soyka, Michael (Hg.): Drogen- und Medikamentenabhängigkeit, Stuttgart, 11-20.

Stöpel, Frank (1999): Die Bedeutung der Arbeit für die Rehabilitation. Eine Untersuchung zur Entwicklung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Regensburg.

Walter, Oliver Dr. phil (2004-2009): Zum Begriff psychische Störung, <http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Psychische_Storungen/psychische_storungen.htm> (20.05.2009)

Weltgesundheitsorganisation (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, in.: Dilling H./Mombour, W./Schmidt, M.H. (Hg.): Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Auflage, Bern.

Wessel, Theo (1996): Im „Bermuda-Dreieck“. Patienten zwischen Psychiatrie, Obdachlosenhilfe und Suchtkrankenhilfe, in: Institut für kommunale Psychiatrie (Hg.): Auf die Straße entlassen. obdachlos und psychisch krank, Bonn, 77-94.

Wessler, Ignatz (1996): Pharmakologie abhängigkeitsinduzierender Substanzen, in: Nowak, Manfred/Schifman, Richard/Brinkmann, Rüdiger (Hsg.): Drogensucht. Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis, 2. Auflage, Stuttgart, 55-73.

Weyers, Stefan Dr. (o.J.): Merkmale von Interviews und Regeln der Interviewführung, Universität Frankfurt, <http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/personen/weyerss/dl_wise05_1_4.pdf> (23.06.2009)

Abkürzungsverzeichnis

DD Doppeldiagnose

DDP DoppeldiagnosepatientInnen, DoppeldiagnosepatientIn

DSM Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen

ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health
 Problems

PsyS Psychische Störung

SMA Suchtmittelabhängigkeit

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: ICD-10- und DSM-IV-Kriterien für Missbrauch bzw. den schädlichen Gebrauch von psychotropen Substanzen

Quelle: **Soyka**, Michael (1998): Diagnostik und Nachweis von Substanzmißbrauch, in: Soyka (Hg.): Drogen- und Medikamentenabhängigkeit, Stuttgart, 11.

Abbildung 2: Differentialdiagnose von Doppeldiagnose vs. Substanzintoxikation, Substanzzug oder Substanzinduzierte Psychische Störung

Quelle: **Moggi**, Franz/ **Donati**, Ruth (2004): Psychische Störungen und Sucht. Doppeldiagnosen, Göttingen, 17.

Abbildung 3: Schematische Darstellung der primary addiction hypothesis der Komorbidität Psychose und Sucht

Quelle: Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (2007): Komorbidität Psychose und Sucht. Grundlagen und Praxis. Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie, 2. Auflage, Darmstadt, 17.

Abbildung 4: Einschätzung der Betroffenenzahlen

Quelle: Beate **Gutmann** (2009), St. Pölten

Abbildung 5: Die Wünsche der Betroffenen an ihr Hilfesystem. Der Zusammenhang zwischen Werte, Interventionen und Beziehungen

Quelle: ebd.

Abbildung 6: Wechselseitige Erwartungen und Forderungen. Gegenüberstellung der Perspektive des Hilfesystems und der Perspektive der KlientInnen

Quelle: ebd.

Anhang

Interviewleitfaden

Wie erleben Betroffene ihr Hilfesystem?

Wie klientenorientiert gestaltet sich das professionelle Hilfenetzwerk für Menschen, die von der Doppelproblematik betroffen sind?

Wie ist die Sicht der KlientInnen auf ihr professionelles Hilfenetzwerk?

Einstiegsfrage: Welche Erfahrungen haben Sie mit Menschen, bei denen Sie Unterstützung gesucht haben?

Weitere Fragen:

- Seit wann kennen Sie ihre Sozialarbeiterin?
- Wie sind Sie mit ihr in Kontakt getreten?
- Wann haben Sie gemerkt, dass Sie professionelle Hilfe brauchen?
- Wie haben Sie es gemerkt, dass Sie prof. Hilfe brauchen?
- Was haben Sie danach getan? An wen haben Sie sich gewendet?
- Welche Erwartungen hatten Sie an die/den HelferIn?
- Wie haben Sie sich als Hilfesuchende/r gefühlt?
- Mit welchem Problem haben Sie sich an wen gewendet?
- Wann war für Sie die schwierigste Zeit und (welche Rolle hatte dabei prof. Hilfe?)
- Wann war die Zeit, wo Sie am wenigsten Sorgen hatten?
- Was ist dazwischen passiert? Was hat sich verändert?
- Wie haben Sie die schwierige Zeit überstanden?
- Was haben Sie sich gewünscht?
- Wie hätte man Ihnen besser helfen können? Was wäre hilfreich gewesen?
- Wenn es Ihnen jetzt wieder schlechter geht, an wen wenden Sie sich?
- Haben Sie jetzt regelmäßige Termine mit Menschen, die ihnen Unterstützung geben? Bei wem? Wie oft?

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Beate Gutmann, geboren am 14.12.1984 in Zwettl, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

St. Pölten, am 02. September 2009

Unterschrift