

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 40 (2014)

Heft: 1

Artikel: Behandlung von Suchtpatienten mit komorbidien psychischen Störungen

Autor: Moggi, Franz

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800082>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 14.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Behandlung von Suchtpatienten mit komorbidien psychischen Störungen

Auf der Grundlage von Metaanalysen und Überblicksarbeiten werden Schlussfolgerungen über wirksame psychosoziale Behandlungen von PatientInnen mit einer Komorbidität psychischer Störungen und Sucht (Doppeldiagnosen) gezogen. Das Berner Behandlungsmodell, dessen Evaluation Verbesserungen im Substanzkonsum, in den psychischen Symptomen und im Funktionsniveau (Wohnsituation und Rehospitalisationsrate) ergab, wird kurz vorgestellt. Die Heterogenität von PatientInnen, Behandlungen, Settings und Ergebnissen erschweren allgemeingültige Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit psychosozialer Behandlungen. Im Allgemeinen sind integrative Behandlungsprogramme, die störungsspezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen kombinieren sowie motivierende Gesprächsführung und Familieninterventionen enthalten, unbehandelten Kontrollgruppen meistens und anderen aktiven Behandlungen (z.B. Psychoedukation) manchmal überlegen.

Franz Moggi

Prof. Dr. phil., EMBA, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern, Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60, Tel. +41 (0)31 930 91 11, moggi@puk.unibe.ch
www.puk.unibe.ch

Schlagwörter: Komorbidität | stationäre Therapie | integrative Therapie | Behandlung | Programme | Wirksamkeit |

«Mission Impossible»?

Als vor über 20 Jahren systematisch mit der wissenschaftlichen Untersuchung der Wirksamkeit psychosozialer Behandlungen von PatientInnen mit einer Komorbidität von psychischen Störungen (PS) und Störungen durch Substanzkonsum (SSK) begonnen wurde, bezeichneten einige AutorInnen die Therapie dieser sogenannten Doppeldiagnose-PatientInnen (DDP) als eine «mission impossible». Obwohl heute mehr oder weniger gut kontrollierte klinische Studien zur Wirksamkeit psychosozialer Therapien von DDP vorliegen und bereits einige Metaanalysen sowie umfassende Überblicksarbeiten erschienen sind, kommen Chow und KollegInnen jüngst zur Einschätzung, dass es sich anscheinend immer noch um eine «mission impossible» handelt.¹

Das entmutigende Verdikt einer unmöglichen Aufgabe mag aus wissenschaftlicher Sicht allerdings weniger in den Studienergebnissen begründet sein als vielmehr in der Art und Weise, wie diese Resultate zustande gekommen sind. Das grösste Problem lässt sich mit dem Begriff der Heterogenität umschreiben. So unterscheiden sich die Untersuchungen in den PatientInnen-, Behandlungs-, Settings- und Ergebnisvariablen derart stark, dass es kaum möglich ist, zwei vergleichbare Studien zur selben Fragestellung zu finden. Es werden hier exemplarisch die beiden Kernmerkmale Diagnosen und Behandlung herausgegriffen.

Heterogenität der Diagnosen

Rosenthal und Westreich versuchten eine Systematik einzuführen, indem sie die Diagnosen entlang des Schweregrades der Psychopathologie und der Sucht einteilten.² So definierten sie als schwere DDP solche PatientInnen, die z.B. unter einer Psychose und unter Mehrfachabhängigkeit von Substanzen litten, und als leichte DDP PatientInnen, die z.B. lediglich eine Spinnenphobie und Cannabismmissbrauch aufwiesen. Allerdings hat diese Einteilung bis heute weder für Diagnostik, Ätiologie und Indikation noch für die Behandlung deutliche Vorteile gebracht, zumal der grösste Teil der Forschung zur Wirksamkeit psychosozialer Behandlungen mit PatientInnen mit schweren psychischen Störungen (v.a. Schizophrenie, schizoaffektive Störungen, bipolare Störungen, schwere Depressionen) durchgeführt wurden. In den Überblicksartikeln wurde festgestellt, dass die Anzahl Untersuchungen von leichteren DDP erstaunlich gering ist. Der erfolglose Versuch einer Systematik von DDP hat auch dazu geführt, dass heute weniger von DDP gesprochen wird, als dass vielmehr die Kombinationen der PS und der SSK explizit erwähnt und Therapien für spezifische Störungskombinationen entwickelt werden (z.B. posttraumatische Belastungsstörungen und Sucht). Die Idee einer allgemein gültigen bzw. einheitlichen psychosozialen Behandlung für DDP ist letztlich fallen gelassen worden.

Heterogenität in der Behandlung

De Witte und Kollegen³ haben kürzlich in einem Überblicksartikel zu gut kontrollierten Studien versucht, die notwendigen Behandlungskomponenten einer erfolgreichen psychosozialen Behandlung von PatientInnen mit Schizophrenie und SSK im ambulanten Setting herauszuarbeiten. Es konnten nur gerade

14 randomisiert-kontrollierte Studien zu diesem Thema gefunden werden, wobei zum Teil auch PatientInnen mit anderen PS (z.B. bipolare Störungen) eingeschlossen wurden.

De Witte und Kollegen identifizierten vier verschiedene Behandlungstypen als Experimentalgruppen, die gegen eine Kontrollgruppe, die keine oder eine übliche Behandlung erhielten, getestet wurden:

- Hinzufügen einer zusätzlichen Intervention zu einem bestehenden Standardbehandlungsprogramm,
- Hinzufügen mehrerer zusätzlicher Interventionen zu einem bestehenden Standardbehandlungsprogramm,
- Angebot eines integrativen Behandlungsprogramms (IBP) und
- Angebot eines integrativen, aufsuchend-gemeindenahen Behandlungsprogramms mit Schwerpunkt Case Management (IAGB)

Unter IBP bzw. IAGB werden Programme verstanden, die Interventionen zur Behandlung der PS und der SSK zur selben Zeit, im selben Setting und durch dieselben Behandlungspersonen anbieten.

Wiederum unterschieden sich sowohl die verschiedenen Programme als auch die einzelnen Interventionen innerhalb der Programme sehr. Sie können in einer Behandlungsmethode oder einer Kombination von motivierender Gesprächsführung («Motivational Interviewing»; MI), kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen bzw. -therapien (KVT), Rückfallprävention (RP), Kontingenzmanagement (KM), Case Management (CM), IAGB oder Familieninterventionen (FI) bestehen. IBP gelten als die wirksamste Behandlung für DDP im Vergleich zur parallelen oder seriellen Behandlung der beiden Störungen, weil sie zwei fundamentale Prinzipien berücksichtigen:

- a) Interventionen zur Behandlung der PS und der SSK werden gleichzeitig im selben Setting durch dieselben Therapeuten angeboten und
- b) die PatientInnen erhalten einen Behandlungsplan, in dem die Interventionen für PS und SSK auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen abgestimmt werden.⁴

Ein Beispiel für ein integratives Programm: Das Berner Modell einer Doppeldiagnosestation

Wie sehen solche integrativen Behandlungsprogramme konkret aus? Moggi und Kollegen haben vor einiger Zeit ein stationäres Programm vorgestellt, das in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern entwickelt, durchgeführt und evaluiert wurde und hier zur Veranschaulichung beschrieben wird.⁵

Allgemeine Gesichtspunkte

Einer Doppelproblematik geht insbesondere bei schweren Störungen meist eine langjährige und individuelle spezifische Entwicklung voraus, die sich anamnestisch wie aktuell durch das Auftreten von Symptomen mit wechselnder Ausprägung und chronischem Verlauf charakterisiert. In einem Behandlungszeitraum, der sich oft über mehrere Jahre und häufig auch stationäre Aufenthalte hinziehen wird, ist langfristig eher eine Stabilisierung des Zustandsbildes im Sinne einer Schadensbegrenzung als Heilung anzustreben. Als Erfolg einer über Krisenintervention hinausgehenden Erstbehandlung gilt bereits die Bereitschaft der PatientInnen, sich in einer weiterführenden Rehabilitationseinrichtung behandeln zu lassen.

In der Literatur wird hervorgehoben, dass DDP ein niederschwel-

liger Zugang zu Behandlungseinrichtungen anzubieten sei. Nur unter konsequenter therapeutischer Behandlung der Doppelproblematik, insbesondere der Wechselwirkungen zwischen Sucht und der anderen psychischen Störung (z.B. Verringerung, evtl. Abstinenz von Cannabiskonsum, weil dieser psychotische Symptome fördert) wird eine Zustandsverbesserung erreicht. Therapeutische Ziele sind als vorläufig zu betrachten und den Erfordernissen wechselnder Psychopathologie sowie den individuellen Ressourcen und Bedürfnissen anzupassen. Deshalb werden standardisierten Programmen kaum Erfolgsschancen eingeräumt. Wechselhaftigkeit und Heterogenität des klinischen Bildes hat für die Therapie Konsequenzen. Die Grenzen individualisierten Vorgehens sind im stationären Bereich durch die Anforderungen eines milieutherapeutischen Programmansatzes insofern gegeben, als eine verbindliche Tagesstruktur mit vielfältigen Aktivitäten und Grundregeln des Zusammenlebens auf einer Station einzuhalten sind.

Therapieziele

Therapeutisch sind vier Zielbereiche anzugehen:

- **Motivation:** Förderung der Bereitschaft, eine weiterführende Behandlung mit Zielrichtung Rehabilitation einzugehen
- **Schwere psychische Störung:** Erhöhung von Krankheitseinsicht und Compliance bezüglich Behandlung, Erwerb von Fertigkeiten im Umgang mit der psychischen Störung, Erwerb von Copingstrategien bei Frühwarn- und Akutsymptomen
- **Suchtproblematik:** Erkennen des Suchtmittelproblems, Aufbau und Stabilisierung von Abstinenzmotivation, Bewältigung und Verhütung von Rückfällen, Unterstützung eines befriedigenden Lebensstils ohne Suchtmittel
- **Doppelproblematik:** Erkennen und Akzeptieren der Doppelproblematik und der Zusammenhänge zwischen Suchtverhalten und psychischer Störung

Stufenprogramm

Diese Ziele werden in einem vier Monate, nach Indikation auch länger dauernden Stufenprogramm mit den folgenden vier Stufen angestrebt:

- **Behandlungsallianz/Krankheitseinsicht (Dauer ca. vier Wochen):** Nach Entgiftung und Krisenintervention finden diagnostische Abklärungen statt. Die geschlossene Abteilung garantiert die Abstinenz. Vorrangige Ziele sind der Aufbau eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses und die Förderung der Krankheitseinsicht.
- **Überzeugung und Veränderungsmotivation (Dauer ca. 4 - 6 Wochen):** Auf dem Hintergrund eines ressourcenorientierten Vorgehens werden Lebensperspektiven entwickelt, mit dem Ziel, die Motivation für die Weiterführung der Behandlung zu fördern. Dies beinhaltet die Unterstützung zur Suchtmittelabstinenz, Optimierung der medikamentösen Behandlung und Beginn der Erarbeitung von Kompetenzen zur Rückfallverhütung und -bewältigung.
- **Aktive Behandlung und Verhaltensänderung (Dauer ca. 4 - 6 Wochen):** Im Rahmen der Erweiterung des Handlungsspielraumes der PatientInnen wird eine Evaluation und Anpassung der bisherigen Interventionen vorgenommen. Suchtmittelrückfälle und Symptome der

psychischen Erkrankung (z.B. rezidivierende depressive Symptome) werden als Lernmaterial zur Erarbeitung von Bewältigungskompetenzen ebenso herangezogen wie krankheitsunspezifische Belastungssereignisse (z. B. Arbeitslosigkeit). Angehörigen werden miteinbezogen.

- **Rückfallprävention und Gesundheitsförderung (Dauer flexibel):** Ziel ist, die erworbenen Kompetenzen anzuwenden, zu stabilisieren und in Übungen in die Realsituation zu transferieren (z. B. Wohntraining). Kontakte mit Nachbehandlungseinrichtungen werden aufgenommen. Die Wohnungs- und Arbeitssituation wird geklärt.

Jeder Stufenübergang der PatientInnen geht mit einer Zunahme an Verantwortung, Freiheit und Orientierung zur Rehabilitation einher. Die Übertritte sind an bestimmte Kriterien biopsychosozialer Stabilität verknüpft. Diese sind:

- die regelmässige und wöchentlich dokumentierte Teilnahme am Behandlungsprogramm,
- die Anzahl suchtmittelbezogener Ausrutscher bzw. Rückfälle während des stationären Aufenthaltes
- die Stabilisierung bzw. Verbesserung des psychischen und sozialen Funktionsniveau und
- eine Gesamtteamsitzung, in der der Fall ausführlich besprochen, die biopsychosoziale Stabilität abgeschätzt und dann über einen Übertritt in die nächste Stufe entschieden wird.

Behandlungselemente

Das Stufenprogramm enthält ein Grundangebot an Behandlungselementen. Es sind dies:

- Milieutherapie: Tagesstruktur, gemeinsame Haushaltsführung, Zusammenleben auf einer Station, Werk-, Kunst-, Musik-, Körper-, Sport-, Entspannungstherapie sowie Ausflüge.
- Informationsgruppe über Symptome, Entstehung, Verlauf, Behandlung und Prognose bei substanzgebundenem Suchtverhalten und anderen psychischen Störungen (zwei Sitzungen wöchentlich).
- Gruppe zur Doppelproblematik «Suchtverhalten und psychische Störung». Mit Informationsvermittlung und Gruppengesprächen, die die Erfahrungen der Teilnehmenden mit ihrer Doppelproblematik zum Gegenstand haben, werden Themen wie Erkennen, Akzeptieren und Bewältigen der Doppelproblematik, Rückfallprophylaxe und -bewältigung sowie individuelle und gruppenorientierte Strategien zur Belastungsbewältigung bearbeitet (zwei Sitzungen wöchentlich).
- Einzelsitzungen zur Krankheitsbewältigung sowie Optimierung der medikamentösen Therapie (Erhöhung von Compliance und Bewältigung von Nebenwirkungen) (1-2 Sitzungen wöchentlich).
- Einzelsitzungen zur Rückfallbewältigung und -prävention suchtmittelbezogenen Verhaltens, in denen auf der Grundlage von «Ausrutschern» während des stationären Aufenthaltes individuelle Strategien zur Rückfallverhütung erarbeitet werden (1-2 Sitzungen).
- Einzug von Familienmitgliedern und/oder anderen Bezugspersonen in die beginnende Rehabilitation. In Abständen von sechs Wochen finden Informationsabende für Angehörige von DDP statt.

- Sozialer Rahmen: Die PatientInnen werden in finanziellen Belangen, bei der Suche nach Wohnungen, therapeutischen Wohngemeinschaften oder stationären Rehabilitationseinrichtungen sowie bei der Arbeitssuche unterstützt.

Therapeutisches Milieu

Das therapeutische Milieu ist ein wesentlicher Bestandteil erfolgreicher Behandlung. Durch Klarheit, Offenheit und respektvollen Umgang zwischen PatientInnen und BetreuerInnen wird ein transparentes und vertrauensvolles Klima angestrebt, das es den DDP erleichtert, über suchtmittelbezogene Rückfälle und die psychische Störung zu sprechen. Tages- und Wochenpläne, eine verbindliche Stationsordnung sowie regelmässige Aktivitäten ermöglichen es den DDP, sich zu orientieren, sich an einen geordneten Tagesablauf zu gewöhnen und lebenspraktische Fertigkeiten zu trainieren. Während der stationären Behandlung ist neben allgemeinen Prinzipien der Rückfallbehandlung auf die funktionale Verschränkung der beiden Störungsbilder zu achten, insbesondere auf Merkmale der psychischen Störung als Auslöser und Konsequenzen suchtmittelbezogener Rückfälle.

Darstellungsform und Bearbeitungstempo müssen den Besonderheiten dieser PatientInnengruppe (z. B. kognitive Defizite, geringe Selbstwirksamkeitserwartung, eingeschränktes Selbstmanagementrepertoire) angepasst werden. Die Interventionen erfolgen in enger Verzahnung mit anschliessenden Rehabilitationsbemühungen (Entwicklung realistischer Lebensperspektiven, Beginn beruflicher Wiedereingliederung, Verzicht auf Suchtmittel als langfristiges Ziel im Lebensentwurf usw.). Suchtmittelbezogene Ausrutscher oder Rückfälle führen nicht zur Entlassung, sondern zu einer dreitägigen «Schutzausgangssperre». Hohe Rückfallfrequenz und Einschleusen von Suchtmitteln auf die Station werden hingegen nicht geduldet und führen zur Entlassung. Es finden unangekündigt Urin- und Atemluftkontrollen statt. Anhand sorgfältiger Rückfallanalysen aktueller Ausrutscher werden für die Rückfallprävention wirksame Verhaltensstrategien erarbeitet.

Die Evaluation des Berner Programms ergab, dass die DDP ein Jahr nach Austritt aus dem stationären Setting deutlich weniger Suchtmittel als bei Eintritt konsumierten bzw. sich die Abstinenzrate von 0 auf 24% steigerte, sich deutliche Verbesserungen in den psychischen Symptomen zeigten, die Rehospitalisationsrate um 50% verringert werden konnte und sich in Fällen von Obdachlosigkeit stabile Wohnverhältnisse ergaben.⁶ Ob Programme wie das Berner Modell generell wirksam sind, wird in den folgenden Kapiteln ausgeführt.

Komorbidität von schweren psychischen Störungen und Sucht

Unter schweren psychischen Störungen werden meistens psychotische Störungen, einschliesslich Schizophrenie, schizophreneiforme und schizoaffektive Störungen, bipolare Störungen und schwere Depressionen verstanden.⁷ Drake und Kollegen⁸ haben wiederholt systematische Überblicksarbeiten zur Wirksamkeit von Behandlungsangeboten für schwere DDP vorgestellt. Sie stellen dabei wiederholt fest, dass integrierte Programme, die ihren Schwerpunkt auf das Einbinden der PatientInnen durch MI legen, erfolgreich sind, wenn sie ein gestuftes Programm zur Umsetzung und Stabilisierung von Verhaltensänderungen anbieten. Es zeigt sich zwar in der Literatur ein uneinheitliches Bild zur Wirksamkeit psychosozialer Behandlungen, aber wenn

schwere DDP lange in stationären Behandlungen verweilen, in das Behandlungssystem integriert werden können und die Behandlungen gestuft erfolgen, sind gute Ergebnisse berichtet worden, wenn sie Komponenten wie MI, KVT in Kombination mit MI, KM, RP, FI und CM enthalten. Als therapierelevant wird in den meisten Studien festgehalten, dass der Substanzkonsum mindestens reduziert und stabilisiert werden muss, damit positive Veränderungen in den beiden anderen Ergebnisbereichen PS und Funktionsniveau erwartet werden können.⁹

Leichtere Formen von Komorbidität

Unter leichteren Formen von Komorbidität psychischer Störungen und Sucht werden Angststörungen und leichte bis mittelgradige Depressionen und Störungen durch Substanzkonsum verstanden.¹⁰ Bis heute sind nur gerade sieben kontrollierte Studien publiziert, welche IBP von Depression und komorbider Sucht untersuchten. Sie ergaben, dass die PatientInnen der Experimentalgruppe im Vergleich zu Kontrollgruppen mit Standardbehandlungen eine stärkere Verbesserung im Substanzkonsum und in den Depressionssymptomen sowie eine grössere Veränderungsmotivation und einen längeren Verbleib in den Behandlungen aufwiesen.¹¹

In einem Überblick zur Behandlung von Angststörungen und Sucht fand Hesse,¹² dass IBP im Allgemeinen die Abstinenztage erhöht, tendenziell die Angstsymptome verringert und die Haltequote verbessert. Er schloss dennoch daraus, dass psychosoziale Interventionen alleine für eine erfolgreiche Behandlung bei dieser Komorbiditätsform noch nicht genügen und dass dafür andere Interventionen als die bisher untersuchten nötig sind, um noch stärkere und anhaltende Verbesserungen zu erzielen.

In der Komorbiditätsforschung nimmt die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) eine Sonderstellung ein, da sie die am häufigsten untersuchte Angststörung ist. Ihre Behandlung kann in die drei Phasen Stabilisierung, Konfrontation und Reintegration eingeteilt werden, wobei in der Konfrontationsphase die Exposition, d.h. die vertiefte Auseinandersetzung mit der traumatischen Erfahrung als die Standardtherapieform angesehen wird. Lange wurde von Klinikern empfohlen, Exposition erst nach erfolgreicher Stabilisierung der psychischen Symptomatik anzuwenden. Diese Empfehlung wurde zunehmend relativiert. Heute stehen uns IBP zur Verfügung, in denen bereits früh in der Behandlung gleichzeitig mit Interventionen zur Reduktion des Suchtmittelkonsums mit Expositionen begonnen wird und die vielversprechende Ergebnisse erzielten.¹³ Für die Stabilisierungsphase gibt es nur ein effektives, mittlerweile etabliertes Behandlungsprogramm. Najavits¹⁴ stellte das Therapiemanual «Sicherheit finden» vor, das in einigen randomisiert-kontrollierten Untersuchungen im Vergleich zu Kontrollgruppen bessere Ergebnisse für die Symptome der PTBS und der SSK zeigte.

Persönlichkeitsstörungen und Sucht

Für Persönlichkeitsstörungen ist die psychosoziale Behandlung, insbesondere die störungsspezifische Psychotherapie, die Behandlung der ersten Wahl. In Bezug auf diese Komorbidität liegen ebenfalls sehr wenig kontrollierte Studien vor. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Untersuchung der komorbidien Borderline Persönlichkeitsstörung. In einem systematischen Überblick von Pennay und Mitarbeitern¹⁵ zeigten sich zwar vielversprechende Ergebnisse, aber diese beruhen auf relativ kleinen Fallzahlen und Studien mit hohen Ausfallraten. Hinzu kommt, dass in allen Untersuchungen die PatientInnen nicht nur Symptome der Persönlichkeitsstörung sondern auch anderer komorbider psychischer Störungen (z.B. Depression, Angststörungen) aufwiesen.

Schlussfolgerungen und Perspektiven

In diesem Überblick wurde versucht, ein klareres Bild darüber zu gewinnen, welche psychosozialen Behandlungen für DDP wirksam sind. Die vorhandenen Studien sind schwer miteinander vergleichbar, weil sie sehr heterogen in den Merkmalen der PatientInnen, der Programme und Interventionen, der Settings, der Intensität und der Ergebnisvariablen sind. Dies macht die aus wissenschaftlicher Perspektive gesicherte Schlussfolgerung schwierig. Hinzu kommt, dass die Studien vorwiegend aus den USA, einige aus Kanada, Australien oder Grossbritannien, aber nur wenige aus Kontinentaleuropa stammen. Im deutschen Sprachraum sind auch nur einige Manuale zur Komorbidität erschienen.¹⁶

Wollten wir versuchen, eine vorsichtige Schlussfolgerung zu formulieren, so kann festgehalten werden, dass IBP mit mehreren störungsspezifischen Interventionen eher wirksam und im besten Fall in allen Ergebnisvariablen den Kontrollgruppen bzw. den Standardbehandlungen überlegen sind. Ein breiteres IBP ist wahrscheinlich effektiver als das blosse Hinzufügen einer einzelnen Intervention (z.B. Rückfallprävention) zu einer Standardbehandlung. Wenn die PatientInnen unter einer schweren DDP mit niedrigem Funktionsniveau leiden, ist eine stationäre Behandlung notwendig, selten genügt eine intensive ambulante Therapie. Nicht nur integrative auch parallele, aber nicht sequenzielle Behandlungen können insbesondere dann wirksam sein, wenn die Interventionen erfolgreich in der Reduktion oder Stabilisierung des Substanzkonsums sind. Stufenprogramme, die sich an Veränderungsphasen anlehnen, sind zwar aufwändig, aber eher erfolgreich. Mehrere Behandlungskomponenten von IBP haben sich wiederholt als effektiv erwiesen:

- Motivierende Interventionen, insbesondere MI, die den PatientInnen helfen, Behandlungsziele zu finden, sich zur Zielerreichung für die Veränderung von Problemverhalten zu entscheiden und die Verhaltensveränderung auch umzusetzen. MI scheint für beide Komorbiditätsstörungen hilfreich zu sein.
- KVT ist wirksam, wenn sie mit MI kombiniert wird und störungsspezifische Interventionen zur Verfügung stellt.
- RP und KM sind vielversprechende Ansätze und manchmal ebenso wirksam wie IBP, wenn es mit ihnen gelingt, den Substanzkonsum der PatientInnen soweit zu stabilisieren bzw. reduzieren, dass eine Behandlung der PS möglich wird.
- FI scheint eine sehr wertvolle Intervention für DDP zu sein, wenn noch Beziehungen zur Familie oder anderen Bezugspersonen bestehen.
- Störungsspezifische Interventionen scheinen auch für DDP wirksam zu sein. Es ist nicht notwendig, neue Behandlungsformen für DDP zu entwickeln, aber die wirksamen störungsspezifischen Interventionen sind innerhalb eines patientInnenzentrierten Behandlungsplans zu integrieren. Die Behandlung von DDP ist keine unmögliche, aber eine aufwändige und schwierige Aufgabe.

Diese Schlussfolgerungen sind versuchsweise gemacht und müssen untersucht werden. Obwohl die Forschung zur Behandlung von DDP vor über 20 Jahren begonnen wurde, fehlt bis heute eine genügend grosse Zahl methodologisch guter Untersuchungen, die gesicherte Schlussfolgerungen zulassen. Zukünftige Studien sollten sich darauf konzentrieren, gestufte IBP zu untersuchen, die MI in Kombination mit KVT und Interventionen zur Reduktion des Substanzkonsums (z.B. RP, KT) enthalten sowie das soziale Umfeld der PatientInnen einzubeziehen.●

Literatur

- Chow, C.M./Wieman, D./Cichocki, B./Qwicklund, H./Hiersteiner D. (2012): Mission impossible: treating serious mental illness and substance use co-occurring disorder with integrated treatment: a meta-analysis. *Mental Health and Substance Use* 1: 1-19.
- D'Amelio, R./Behrendt, B./Wobrock, T. (2007): Psychoedukation Schizophrenie und Sucht: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. 2 Aufl. Frankfurt: Urban & Fischer.
- De Witte, N.A.J./Crunelle, C.L./Sabbe, B./Moggi, F./Dom, G. (2014): Treatment for outpatients with comorbid schizophrenia and substance use disorders: a review. *European Addiction Research* 20(3): 105-114.
- Drake, R.E./O'Neal, E.L./Wallach, M.A. (2008): A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34: 123-138.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007): Komorbidität, Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis. Darmstadt: Steinkopf.
- Hesse, M. (2009): Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry* 9: 6.
- Horsfall, J./Cleary, M./Hunt, G.E./Walter, G. (2009): Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry* 17: 24-34.
- Kelly, T.M./Daley, D.C./Douaihy, A.B. (2012): Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors* 37: 11-24.
- Moggi, F. (Hrsg.) (2007): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Bern: Huber.
- Moggi, F./Brodbeck, J./Költzsch, K./Bachmann, K.M. (2002): One-year follow-up of dual diagnosis patients attending a 4-months integrative inpatient treatment. *European Addiction Research* 8: 30-37.
- Moggi, F./Donati, R. (2004): Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen: Hogrefe.
- Moggi, F./Hirsbrunner, H.-P./Wittig, R./Donati, R./Brodbeck J./Bachmann, K.M. (1996): Stationäre Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen. *Verhaltenstherapie* 6: 201-209.
- Najavits, L.M./Schäfer, I./Stubenvoll, M./Dilling, A. (2008): Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch: Das Therapieprogramm «Sicherheit finden». Göttingen: Hogrefe.
- Pennay, A./Cameron, J./Reichert, T. et al. (2011): A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* (41): 363-373.
- Rosenthal, R.N./Westreich, L. (1999): Treatment of persons with dual diagnoses of substance use disorder and other psychological problems. S. 439-476 in: B.S. McCrady/E.E. Epstein (Hg.), *Addictions: A comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press.
- Sannibale, C./Teesson, M./Creamer, M. et al. (2013): Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders. *Addiction* 108: 1397-1410.

Endnoten

- 1 Vgl. Chow et al. 2012.
- 2 Vgl. Rosenthal/Westreich 1999.
- 3 Vgl. De Witte et al. 2014.
- 4 Vgl. Moggi 2007.
- 5 Vgl. Moggi et al. 2002; Moggi et al. 1996.
- 6 Vgl. Moggi et al. 2002.
- 7 Vgl. Moggi 2007.
- 8 Vgl. Drake et al. 2008.
- 9 Vgl. Horsfall et al. 2009.
- 10 Vgl. Moggi 2007.
- 11 Vgl. Kelly et al. 2012.
- 12 Vgl. Hesse 2009.
- 13 Vgl. Sannibale et al. 2013.
- 14 Vgl. Najavits et al. 2008.
- 15 Vgl. Pennay 2011.
- 16 Vgl. Najavits et al. 2008; Moggi/Donati 2004; Gouzoulis-Mayfrank 2007; D'Amelio et al. 2007.

