

Mögliche Behandlungsansätze in der stationären Drogentherapie bei PatientInnen mit Doppeldiagnose

Autor(en): **Müller, Herbert / Roth, Kurt / Rauh, Matthias**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **29 (2003)**

Heft 6

PDF erstellt am: **18.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800911>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Mögliche Behandlungsansätze in der PatientInnen mit Doppeldiagnose

Wissenschaftliche Studien zeigen: Menschen, die an einer Suchterkrankung leiden, weisen in den meisten Fällen zusätzliche psychische Krankheitsbilder auf. Die Behandlung dieser PatientInnen stellt die Einrichtungen der Suchthilfe und der Psychiatrie vor grosse Herausforderungen.

HERBERT MÜLLER, KURT ROTH,
MATTHIAS RAUH*

Der ständige Zuwachs an Patienten und Patientinnen, die an einer psychischen Störung und gleichzeitig an substanzgebundenem Suchtverhalten leiden, ist in den letzten Jahren die grosse Herausforderung der Sozialpsychiatrie und letztendlich der klassischen Suchteinrichtungen geworden. Die Ergebnisse der National Comorbidity Survey zeigen beispielsweise, dass rund 51% der Personen mit einer psychischen Störung in ihrem Leben irgendwann auch eine Substanz missbrauchen oder eine Abhängigkeit entwickeln und dass innerhalb eines Jahres rund 15% der Personen mit einer Psychischen Stö-

rung auch Störungen im Umgang mit Substanzen aufweisen.¹ Es handelt sich bei diesen Ergebnissen um repräsentative Daten aus der Bevölkerung.

Erhöhte Anforderungen an die Betreuung

DoppeldiagnosepatientInnen sind auf ein spezielles Angebot angewiesen, um den langwierigen Therapieprozess und schlussendlich die Rehabilitationsmöglichkeiten sinnvoll gestalten zu können. In der Psychiatrie fallen diese PatientInnen durch die Maschen der standardisierten Programme. Die bestehenden stationären Drogentherapien konnten je nach Therapieschwerpunkt nur begrenzt auf die erhöhten Anforderungen eingehen, da die Therapieerfordernisse aufwändig und kostenintensiv sind.

Zum Beispiel wurde deutlich, dass nicht angemessen behandelte psychische Störungen zu suchtmittelbedingten Rückfällen führen können. Die Rückfälle wiederum beeinträchtigen das psychische Befinden des Patienten und können zur Verschlechterung der psychischen Störung führen.

Welche Behandlungsansätze sind für einen längerfristigen Behandlungserfolg wichtig

Standardisierte Behandlungsprogramme haben sowohl in der Psychiatrie als auch in der stationären Drogentherapie kaum eine Erfolgchance. Die therapeutischen Ziele müssen individuell geplant werden, damit die Ressourcen der Patienten erkannt und gefördert werden können. Es muss sowohl auf die Substanzstörung als auch auf die psychische Störung eingegangen werden. Dies wäre ein Ansatz, mit dem in heterogenen Gruppen den wechselnden Psychopathologien begegnet werden könnte. Einer derarti-

gen Individualisierung der Behandlung sind im stationären und milieutherapeutischen Rahmen mit verbindlicher Tagesstruktur, vielfältigen Aktivitäten und Einhalten der Grundregeln des Zusammenlebens Grenzen gesetzt. Um wiederholte Kriseninterventionen zu vermeiden und latenter Unsicherheit und damit verbundener Rückfallgefahr zu begegnen, braucht es eine umsichtige und kompetente Planung des Therapiesettings. Auf diese Weise können sowohl individuelle Ansätze, wie auch strukturelle Grenzen miteinbezogen werden.

Bezüglich möglicher therapeutischer Interventionen müssen die Verschiedenartigkeiten der psychischen Störungen- und der Substanzstörungen berücksichtigt werden. Da es äusserst komplex ist, die verschiedenen Störungsbilder zu untersuchen, Erhebungen anzustellen und die Probandengruppen sehr klein sind, gibt es hauptsächlich Erfahrungswerte auf die zurückgegriffen werden kann. Im Falle von Angststörungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen wurde versucht folgende Therapieschritte mit ein zu beziehen:

- **Kriseninterventionen:** Entzug, Stabilisierung, diagnostische Abklärung, Indikationsstellung für die weitere Therapie
- **Therapie stationär, -teilstationär oder ambulant:** Medikation, Beratung, Psychotherapie, Familientherapie, Gruppentherapie oder Selbsthilfegruppe

Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass der Schweregrad der jeweiligen Störung stark variieren kann und dass oben einzelne erwähnte Behandlungsvorschläge PatientInnen schon überfordern oder sich bei leichten Störungen z. T. erübrigen können.

In der Arbeit mit Klienten und Klientinnen mit einer Substanzstörung und (als Komorbidität) einer antisozialen

* Herbert Müller, Dipl. Heilpädagoge, Therapeutischer Leiter casa fidelio Institution für männerspezifische Suchttherapie Niederbuchsiten (SO), Kontakt: www.casafidelio.ch; Kurt Roth, Psychotherapeut SPV, Leiter Institut für Sozialtherapie, Hutmattenweg, 5704 Egliwil, Kontakt: k.roth@sisonline.ch, www.sisonline.ch; Matthias Rauh, Sozialpädagoge, Terra-Vecchia, Therapeutische Gemeinschaft Melchenbühl, Kontakt: matthias.rauh@terra-vecchia.ch.

stationären Drogentherapie bei

Persönlichkeitsstörung werden die kognitiven- und verhaltenstherapeutischen Ansätze stärker gewichtet. In dieser Gruppe finden sich am ehesten die «klassischen SuchtpatientInnen». Im Falle von schweren psychotischen oder bipolaren Erkrankungen und der Komorbidität einer Substanzstörung setzt die Behandlung niederschwelliger an. Hier wird hauptsächlich ein bewusster Umgang mit den Problematiken angestrebt, damit wieder ein Lebensziel und im Umgang mit der Erkrankung eine höhere Lebensqualität erreicht werden kann.² Abstinenz sollte bei allen Komorbiditätsformen während der ganzen Therapie als wichtige Orientierungshilfe gelten.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die vielfältigen Interventionen werden von verschiedenen Stellen und Berufsgruppen geleistet. In der Krisenintervention sind Ärztinnen, Psychiater,

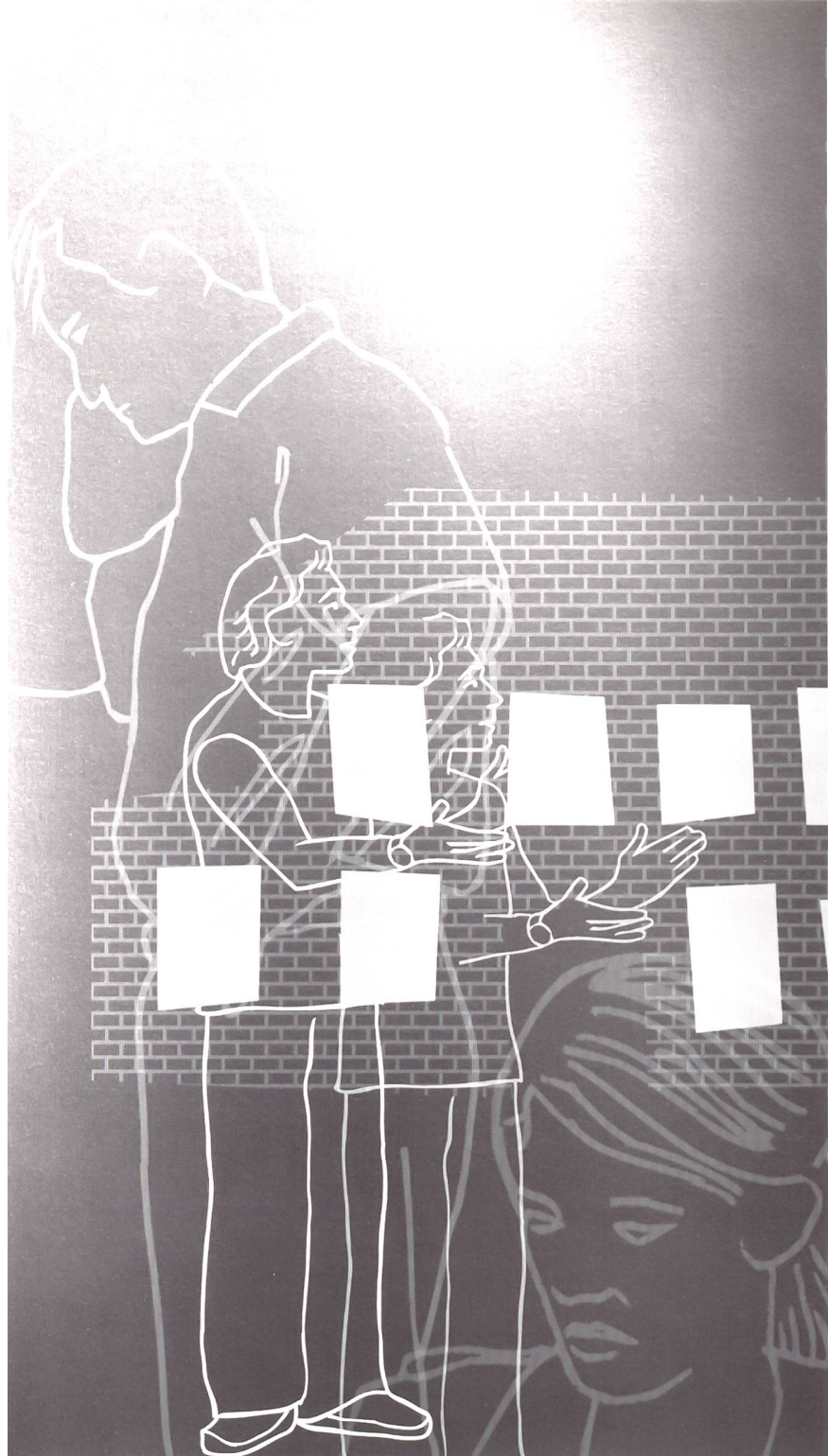
SozialarbeiterInnen und Pflegepersonal mit einbezogen. Später in der Therapie folgen PsychotherapeutenInnen, BetreuerInnen und andere. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine klare Fallführung müssen gut zusammenwirken. Zum einen gilt es, Doppelspurigkeiten zu vermeiden, zum anderen braucht es eine gut funktionierende Kommunikation zwischen den involvierten Fachpersonen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit bedeutet in der Arbeit mit Doppeldiagnosepatienten auch, sich mit schul- und methodenübergreifenden Konzepten auseinander zu setzen und sowohl psychiatrisch – psychotherapeutisches Vorgehen als auch sozialarbeiterisch – sozialpädagogische Haltungen einzubeziehen.

Aussagen zu Therapiekosten

Über effektive Mehrkosten einer Doppeldiagnosebehandlung sind keine di-

rekten Aussagen möglich. Dazu sind die möglichen Komorbiditätsformen zu unterschiedlich. Auch die Frage, in welchem Fall eine ambulante einer stationären Therapie vorzuziehen ist, kann nicht allgemein beantwortet werden, da zum einen diagnostische Beurteilungen die Indikation der Behandlung beeinflussen, zum anderen aber auch finanzielle Erwägungen des Kostenträgers mit eine Rolle spielen. Grundsätzlich wird der Nutzen einer erfolgreichen Therapie auch auf der Kostenseite sichtbar werden. Eine berufliche und private Rehabilitation und eine damit verbundene Steigerung der Lebensqualität für den KlientInnen gilt nach wie vor als Idealziel, das volkswirtschaftlich gesehen Therapiebemühungen finanziell rechtfertigt. Die im Artikel «Klinisches Management der Komorbidität von psychotischen Störungen und Substanzstörungen»³ von Drake und Mueser gemachten Aussagen, lassen sich auch





auf die Situation in der Schweiz übertragen: Das Fehlen von Daten zu Kosten von integrativen Behandlungsprogrammen für PatientInnen mit Doppeldiagnosen und zu Kosteneinsparungen durch gute Angebote verhindert politische Vorstösse. PatientInnen mit Doppeldiagnosen verursachen im gegenwärtigen Gesundheitssystem hohe Behandlungskosten⁴ und sind kostenintensiv für ihre Familien⁵. Eine wirksame Behandlung kann jedoch kurzfristig noch kostenintensiver sein. Verschiedene Studien legen zwar nahe, dass gute Behandlungsangebote die

Kosten senken⁶, aber der Umfang dieser Kosteneinsparung wurde nicht untersucht.

Bisherige Forschungsergebnisse

1993–1999 wurde an der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern ein vom BAG und dem Schweizerischen Nationalfond unterstütztes Projekt für die Begleitforschung zum Thema stationäre Behandlung vom Patienten mit Doppeldiagnosen durchgeführt. Das Projekt wurde 1999 mit dem Berner Modell zur Behandlung von PatientIn-

nen mit Doppeldiagnose abgeschlossen. Daneben wird an der Dualstation in Zürich mit DoppeldiagnosepatientInnen gearbeitet. Folgende Schlüsse können aus den bald 10 Jahren Forschungstätigkeit in der Schweiz gezogen werden:

- Die genaue Bezeichnung der psychischen Störung der Substanzstörung und der Zeitraum, in welchem die Störungen aufgetreten sind, müssen für Studien ausreichend definiert werden.
- Aus ätiologischer Sicht beschreibt der Begriff Doppeldiagnose keine eigene Krankheitseinheit, sondern ist ein Sammelbegriff für sehr unterschiedliche Komorbiditäten. Es ist auch für die Behandlung wichtig, auf die einzelnen Psychischen Störungen möglichst differenziert einzugehen. Dasselbe gilt für die Art der Substanzstörung. Sowohl die Form des Missbrauchs (Zeitraum, Mengen, Regelmässigkeit) als auch die Substanzklassen (z. B. Alkohol, Heroin, Kokain, Cannabis) sind für eine genaue Einschätzung unabdingbar.
- Die Gründe für den Substanzmissbrauch sind nach empirischer Forschung vielfältiger als angenommen und lassen sich nicht nur auf die Erklärung des häufig vertretenen Modells der Selbstmedikation beschränken.
- Es gilt zu unterscheiden, ob die psychische Störung substanzinduziert (keine Komorbidität) ist, oder substanzunabhängig (Doppeldiagnose) auftritt.
- Erfolgreiche Behandlungsmodelle bei den Komorbiditätsformen «Schizophrenie» und «Bipolaren Störung» weisen auf eine Reihe von Kernkomponenten hin: Sie verfolgen eine Langzeitperspektive und bauen auf dem Konzept von Veränderungsphasen von Prochaska et al. auf⁷ – der Bewusstwerdung des Problems, dem Veränderungswunsch, so wie zielorientierten Veränderungsstrategien und Rückfallprävention auf. Eine weitere Kernkomponente ist die kohärente Integration störungsspezifischer Interventionen.⁸
- Erfolgreiche Behandlungsprogramme haben demnach eine klare Struktur und Organisation, sind intensiv und bieten ein reichhaltiges Therapieangebot sowie eine starke Unterstützung der Patienten und Patientinnen an.⁹

Ausblick und Anliegen für Institutionen in der stationärer Drogentherapie

Hat die klassische Suchteinrichtung ausgedient; gibt es sie überhaupt noch? Was feststeht: mindestens jeder 2. Klient mit einer Drogenproblematik, der zurzeit in einer stationären Drogeneinrichtung eine Therapie absolviert, leidet unter psychischen Störungen. Für eine optimale Platzierung und eine erfolgreiche Therapie sollten folgende Faktoren mit einbezogen werden:

- Klienten mit Doppeldiagnose müssen über eine Indikationsstelle von den Entzugsstationen an eine ihnen entsprechende Therapieinstitution vermittelt werden. Die Empfehlung beruht auf einer diagnostischen Abklärung.
- Die gewählte Institution muss für sich prüfen, ob sie sowohl vom Angebot als auch von der aktuellen Klientengruppe her genügend Ressourcen für eine Aufnahme hat und ob der Klient grundsätzlich im Stande ist, auf die Rahmenbedingungen der Institution einzugehen.
- Das Helfernetz muss erfasst werden. Vor der Aufnahme sollte geklärt werden, wer während der stationären

Therapie miteinbezogen wird; bei medikamentöser Behandlung ist eine Psychiatrische Begleitung unumgänglich. Kommunikation und Datenschutz zwischen den behandelnden Personen müssen geklärt werden, damit die interdisziplinäre Zusammenarbeit effektiv funktionieren kann.

- Vor der Aufnahme müssen gerade bei Komorbiditäten von Substanzstörungen und Schizophrenien oder bipolaren Störungen Entlastungsmodelle bestehen oder errichtet werden, auf die in akuten Krisen sofort zurückgegriffen werden kann.
- Das Therapiesetting und die gewählten Therapiemethoden sollten individuell auf die psychische Störung der Klienten und Klientinnen eingehen können.
- Nach der stationären Phase sollten KlientInnen mit Doppeldiagnosen in einem Nachsorgeangebot mit möglichen Rückfällen oder Auftreten ihrer psychischen Störung umgehen lernen.

Für viele Institutionen in der stationären Drogenarbeit ist das Umfeld, in das die Therapie eingebettet ist, zentral. Die im milieutherapeutischen Setting wirksame Umgebung und die menschliche Gestaltung der Beziehungen so

wie ein ganzheitliches Arbeitsangebot sind wichtige Stärken der stationären Drogeneinrichtungen in der Arbeit mit DoppeldiagnosepatientInnen. ■

Literatur

- Moggi, F. (Hrsg.), 2002: Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, Verlag Hans Huber. Bern (sämtliche Literaturbezüge stammen aus diesem Buch)
- Bartels, S.J.; Teague, G.B.; Drake, R.E.; Clark, R.E.; Bush, P.W.; Noordsy, D.L., 1993: Service utilization and costs associated with substance abuse among rural schizophrenic patients. *Journal of nervous and mental disease*, 181: 227 – 232
- Dickey, B.; Azeni, H., 1996: Persons with dual diagnosis of substance abuse and major mental illness: Their excess costs of psychiatric care. *American Journal of Public Health*, 86: 973-977.
- Drake, R.E.; Mueser, K.T., 2000: Psychical approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 24: 589-608
- Jerell, J.M., 1996: Cost-effective treatment for persons with dual disorder. In: R. E. Drake & K.T. Mueser (Eds), 1996: *Dual Diagnosis of major mental illness and Substance disorder: II. Recent Research and Clinical Implications*. *New Directions for mental Health Services*, No. 70 (pp. 79 – 91). San Francisco, CA. Jossey-Bass.
- Kessler, R.C.; Nelson, C.B.; Mc Gonagel, K.A.; Edlund, M. J.; Frank, R.G.; Leaf, P.J., (1996): The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66: 17 – 31.
- Mead, S.; Copeland, M.E., 2000: What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36: 315-328.
- Moggi, F.; Ouimette, P.C.; Finney, J. W; Moos, 1999: Effectiveness of treatment for substance abuse and dependence for dual-diagnosis patients. A model of treatment factors associated with one-year outcomes. *Journal of studies on alcohol*, 60: 856-866
- Pfeifer, H. R.; Müller, T.J., 2002: Medikamentöse Strategien bei Patienten mit Doppeldiagnosen. In: Moggi, F. (Hrsg.), 2002: *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*, Verlag Hans Huber. Bern: 195 – 219
- Prochaska, J.O.; Di Clemente, C.C; Norcross, J.C., 1992: In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47: 1102-1114.

Fussnoten

- 1 Kessler et al. 1996
- 2 Mead & Copeland 2000, Torrey & Wyzik 2000
- 3 In F. Moggi, 2002: *Doppeldiagnosen – Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. Bern
- 4 Bartels et al., 1993., Dickey & Azeni, 1996
- 5 Clark 1994
- 6 Clark et al., 1998, Jerell, 1996
- 7 Prochaska et al., 1992
- 8 Pfeifer & Müller
- 9 Moggi 1999

Erläuterungen zu den Begriffen Doppeldiagnose und Komorbidität

Seit der Schaffung der beiden Klassifikationssysteme DSM-III und ICD 10 ist es möglich, in der Diagnostik mehr als ein Störungsbild gleichzeitig zu benennen. Der Begriff der Komorbidität wurde im englischen Sprachraum von Feinstein 1970 eingeführt und ist im Gegensatz zu Doppeldiagnose nicht auf zwei Störungen oder Erkrankungen beschränkt. Der Begriff Doppeldiagnose taucht in Publikationen um 1990 auf. Doppeldiagnose meint ein Spezialfall von Komorbidität mit Beschränkung auf zwei näher zu bezeichnende Diagnosen einer psychischen Störung und Substanzmissbrauchs- oder Abhängigkeitsstörung. Die Verwendung des Begriffs Doppeldiagnose ist weniger schwerfällig, dafür unpräziser. Deshalb hat sich in wissenschaftlichen Publikationen der Begriff Komorbidität mit Nennung der fokussierten Psychischen Störung und der Substanzmissbrauchs- oder Abhängigkeitsstörung mehrheitlich durchgesetzt.

Folgende Störungen werden in der Doppeldiagnoseforschung mit einbezogen und ihr Zusammenwirken untersucht:

<i>Psychische Störungen</i>	<i>Substanzmissbrauchs- oder Abhängigkeitsstörungen</i>
Angststörungen	Alkohol
Depression	(grösste Forschungsdichte)
Schizophrenie Bipolarität	Medikamente
Persönlichkeitsstörung	Illegale Drogen

Wer sich gern genauer ins Thema vertiefen möchte, dem sei das Buch (aus dem die obige Definition zusammengefasst wurde) «Doppeldiagnosen – Komorbidität psychischer Störungen und Sucht» von F. Moggi (2002 im Verlag Hans Huber in Bern erschienen) empfohlen.