emcdda.europa.eu

Co-morbidity

EMCDDA 2004 selected issue

In *EMCDDA 2004 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*

Ausgewähltes Thema 3

Komorbidität

Einleitung

Das gleichzeitige Auftreten von psychischen Erkrankungen und Substanzstörungen – allgemein als Komorbidität oder Doppeldiagnose bezeichnet – ist keineswegs ein neues Phänomen. Allerdings hat dieses Thema in den letzten Jahren in politischen und fachlichen Diskussionen an Bedeutung gewonnen, da deutlich wurde, dass eine große Zahl von Menschen davon betroffen ist und diese Zahl vermutlich noch zunehmen wird. In diesem Kapitel liegt der Schwerpunkt auf der Koinzidenz von psychischen bzw. Persönlichkeitsstörungen und dem illegalen Drogenkonsum. In den meisten Fällen wäre es eigentlich angebracht, von Multimorbidität zu sprechen, da die betroffenen Personen häufig auch unter somatischen Erkrankungen leiden, beispielsweise unter der menschlichen Immunschwäche (HIV) oder einer Hepatitis-C-Infektion, sowie unter sozialen Störungen bedingt durch familiäre Probleme, Arbeitslosigkeit, Inhaftierung oder Wohnungslosigkeit. Die Betreuungs- und Behandlungsdienste sind in der Regel für die Diagnose und die Behandlung dieser Erkrankungen unzureichend ausgerüstet; sie ignorieren zum Teil die Probleme des Klienten bzw. können nicht mit diesen Probleme umgehen. Dies führt oft zu einem Teufelskreislauf, da die Personen, die dringend Behandlung benötigen, von einem Dienst zum anderen geschickt werden, während sich ihre Situation immer mehr verschlimmert.

Der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und psychiatrischen Störungen wird im ausgewählten Thema zu Cannabis (S. 82) ausführlicher behandelt.

Definition

Komorbidität oder Doppeldiagnose wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als das gleichzeitige Auftreten von psychoaktiven substanzbedingten Störungen und weiteren psychiatrischen Störungen (WHO, 1995) definiert. Laut Definition des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) bedeutet Doppeldiagnose, dass bei Personen, die an einem Alkohol- oder Drogenproblem leiden, noch eine weitere Diagnose gestellt wird, im Allgemeinen eine psychiatrische, wie Stimmungsstörungen oder Schizophrenie (UNODCCP, 2000). Mit anderen Worten bezieht sich die Komorbidität in diesem Kontext auf das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehreren psychiatrischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen, einschließlich des Konsums problematischer Substanzen.

Ätiologie

Will man die Ätiologie der Komorbidität bestimmen, führt dies zu der berühmten Frage, was zuerst da war: das Huhn oder das Ei? Bisherige Forschungsergebnisse über den kausalen Zusammenhang zwischen psychiatrischen Störungen und Substanzstörungen sind nicht sehr aufschlussreich. Die Symptome der psychischen Störungen und Suchtprobleme beeinflussen sich gegenseitig.

Das Forschungsmaterial lässt darauf schließen, dass psychische und Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen vor substanzbedingten Störungen auftreten, das heißt, sie erhöhen die Anfälligkeit für Drogenprobleme (z. B. Kessler et al., 2001; Bakken et al., 2003). Psychiatrische Störungen können jedoch auch durch Drogenkonsum verschlimmert werden (zu Depressionen siehe beispielsweise McIntosh und Ritson, 2001) oder parallel dazu auftreten.

Drogenkonsum kann auch als Komponente oder Symptom einer psychiatrischen Störung oder Persönlichkeitsstörung sowie als Versuch der Selbstmedikation betrachtet werden (z. B. Williams et al., 1990; Murray et al., 2003). Dadurch, dass der Substanzkonsum Krankheitssymptome lindert, wird die Abhängigkeit gefördert. Wird der Drogenkonsum unterbrochen, beispielsweise durch Entzug oder Substitutionsbehandlung, können die Symptome wieder auftreten. Akute drogeninduzierte Psychosen treten insbesondere bei Kokain-, Amphetamin- und Halluzinogenkonsumenten auf und lassen in der Regel relativ schnell nach. Eine Unterscheidung zwischen Symptomen, die aufgrund von Substanzintoxikation hervorgerufen wurden, und unabhängigen psychotischen Erscheinungen könnte sich allerdings als äußerst schwierig erweisen.

Krausz (1996) schlägt vor, die Doppeldiagnose in vier Kategorien einzuteilen:

- Primärdiagnose einer psychischen Erkrankung mit der nachfolgenden (Doppel-) Diagnose des Substanzmissbrauchs, der sich wiederum auf die psychische Verfassung auswirkt;
- Primärdiagnose der Drogenabhängigkeit mit psychiatrischen Komplikationen, die zu einer psychischen Erkrankung führt;
- gleichzeitige Diagnose von Substanzmissbrauch und psychiatrischen Störungen;

- Doppeldiagnose von Substanzmissbrauch und Stimmungsstörung, die beide auf eine traumatische Erfahrung, z. B. eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD), zurückzuführen sind.

Der schwedische Nationale Bericht unterscheidet in ähnlicher Weise zwischen psychiatrischen Patienten, die unter Komorbidität leiden, und drogenabhängigen Klienten mit Persönlichkeitsstörungen, die durch Drogenkonsum verstärkt und nicht immer ausreichend diagnostiziert werden.

Morel (1999) unterscheidet zwischen nichtspezifischen psychiatrischen Störungen bei Drogenabhängigen und Komplikationen, die sich speziell in Verbindung mit dem Drogenkonsum ergeben. Zu den Störungen, die häufig unter Drogenkonsumenten auftreten, gehören:

- Angst- und Depressionsstörungen;
- Schlafstörungen aufgrund von Depressionen, Angststörungen oder Psychosen;
- aggressives und gewalttätiges Verhalten, das auf antisoziale, psychopathische, schizophrene oder paranoide Persönlichkeitsstörungen hindeutet.

Zu den Problemen, die speziell mit Drogenkonsum in Verbindung stehen, zählen:

- Pharmakopsychosen, die durch halluzinogene Drogen oder Amphetamin ausgelöst werden;
- Verwirrungszustände.

Jüngste neuropsychologische und neurobiologische Studien und die Entwicklung von Verfahren zur bildlichen Darstellung von Gehirnprozessen ermöglichen Hypothesen über die Wechselwirkungen zwischen psychischen und physischen Traumata, Gehirnentwicklung, Auswirkungen des Drogenkonsums, Stress und psychischer Entwicklung. Das Belohnungssystem spielt bei der Suchtentwicklung eine entscheidende Rolle, und Sucht ist mit strukturellen Veränderungen und Anpassungen des Gehirns auf Mikro- und Makroebene verbunden (Nestler, 2001).

Andere Theorien bringen bestimmte Drogen mit spezifischen psychischen Störungen in Verbindung. Es wurde beispielsweise die Theorie aufgestellt, dass Heroin Stress reduzieren, Schmerzen lindern und das Hören von bedrohlichen Stimmen bei schizophrenen und Borderline-Patienten verhindern könnte. Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen greifen jedoch nicht zu Heroin. Kokain soll Depressionen lindern, zu Enthemmung führen und narzisstische Persönlichkeiten von ihrem Größenwahn befreien. Cannabis ermöglicht den Abbau von Spannungen und Ecstasy die Überwindung von sozialen Hemmungen (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

Basierend auf den Ergebnissen verschiedener Studien konzentrierte sich der irische Nationale Bericht von 2002 speziell auf Depressionen bei Drogenkonsumenten und kam zu dem Schluss, dass der problematische Drogenkonsum, insbesondere der Konsum von Opiaten und Benzodiazepinen, in enger Verbindung mit den hohen Depressionsraten steht. Nach deutschen Forschungsergebnissen im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Substanzstörungen, Depression und Suizid besteht bei Personen mit depressiver Störung stark erhöhte Suizidgefahr (Bronisch und Wittchen, 1998). Es ist möglich, dass sich einige Personen, die an Depressionen leiden, selbst mit Opiaten und Benzodiazepinen behandeln: Klienten in Behandlungsprogrammen weisen geringere Depressionswerte auf als Klienten in niedrigschwelligen Hilfsdiensten (Rooney et al., 1999) oder zu Beginn ihrer Behandlung (McIntosh und Ritson, 2001).

Eine Umfrage in Norwegen (*n = 2 359*) ergab, dass ein Großteil der Drogenkonsumenten ernste familiäre Probleme in ihrer Kindheit und Jugend hatte: 70 % hatten Lern- und Verhaltensprobleme in der Schule, 38 % wurden tyrannisiert und schikaniert, und 21 % waren in ihrer Kindheit und Jugend in psychiatrischer Behandlung (Lauritzen et al., 1997). Bei weiblichen Drogenkonsumenten mit psychiatrischer Komorbidität handelt es sich häufig um Opfer von traumatischem sexuellen Missbrauch (z. B. Beutel, 1999).

Diagnose

Die routinemäßige Untersuchung der Klienten auf psychiatrische und Persönlichkeitsstörungen ist bei Behandlungsbeginn in Drogendiensten nicht immer Teil des diagnostischen Standardverfahrens. Mit Ausnahme von einigen spezialisierten Diensten wird in Drogenbehandlungsdiensten kaum auf psychische Symptome und Störungen eingegangen.

Komorbidität ist bekanntlich schwer zu diagnostizieren. Drogenabhängigkeit und die daraus resultierenden Verhaltensstörungen dominieren oft das klinische Bild und verdecken psychiatrische Symptome. Darüber hinaus kann Substanzmissbrauch zu psychiatrischen Symptomen führen, die sich kaum von denen der psychiatrischen Störungen unterscheiden lassen (Berthel, 2003), wobei auch Substanzentzug oder akute Vergiftungen beinahe jede dieser Störungen vortäuschen können (Liappas, 2001). Ferner können Depressionen und Angstzustände für Entzugssymptome gehalten werden; Symptome, die zuvor durch Drogen gelindert wurden, treten während einer Abstinenz oder Substitutionsbehandlung wieder auf.

Des Weiteren führten Fortschritte in der Methodik zu einer Verbesserung der Diagnose von psychiatrischen Störungen und Substanzstörungen. Inzwischen stehen sowohl eine breite Palette standardisierter und validierter Instrumente zur Feststellung von psychiatrischen Symptomen und Persönlichkeitsstörungen als auch verschiedene Instrumente zur Einschätzung des Konsummusters und des Abhängigkeitsgrades zur Verfügung. Der Addiction Severity Index (ASI) ist ein multifunktionales Instrument, das für Diagnosen, Behandlungsplanung und Nachsorge sowie in der Forschung eingesetzt wird. Der ASI hat den Vorteil, dass er multidimensional ist und sowohl frühere als auch aktuelle Probleme in sieben Bereichen misst: Gesundheitsstatus, Beschäftigung und finanzielle

Unabhängigkeit, Alkoholkonsum, Drogenkonsum, Rechtsstatus, familiäre und soziale Verhältnisse und psychiatrische Symptome (Krausz, 1999a; Öjehagen und Schaar, 2003). Der Index ist standardisiert und wurde aus dem Englischen in fast alle anderen europäischen Sprachen übersetzt (EuroASI) ([172]). Das Trimbos-Institut hat Protokolle für die Diagnose und Behandlung von drogensüchtigen Klienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHD) entwickelt und getestet (Eland und Van de Glint, 2001).

Prävalenz

Es wurden zahlreiche Studien durchgeführt, um die Prävalenz von psychiatrischen Störungen bzw. Persönlichkeitsstörungen und die Konsummuster in der allgemeinen Bevölkerung sowie unter psychiatrischen Patienten und Drogenkonsumenten innerhalb und außerhalb von Behandlungsdiensten zu ermitteln. Die Ergebnisse sind sowohl in Bezug auf die Zahlen als auch auf die Diagnosen sehr unterschiedlich und hängen von der Verfügbarkeit und Auswahl der Gruppen, der Stichprobenmethodik, den diagnostischen Fähigkeiten und Kompetenzen, der Validität und Verlässlichkeit der diagnostischen Instrumente und vom Zeitraum der Studie ab.

Nach Auswertung verschiedener Studien kamen Uchtenhagen und Zeiglgänsberger (2000) zu dem Ergebnis, dass die Persönlichkeitsstörung mit 50 bis 90 % die häufigste psychiatrische Diagnose unter Drogenkonsumenten ist, gefolgt von manisch-depressiven Psychosen (20–60 %) und psychotischen Störungen (20 %). Zwischen 10 und 50 % aller Patienten leiden gleichzeitig an mehreren psychiatrischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen.

Nach Auswertung internationaler Studien über Psychopathologie bei Drogenabhängigkeit entwarf Fridell (1991, 1996) ein klinisches Bild der Komorbidität bei Drogenabhängigkeit, das seine in Lund, Schweden, durchgeführten Studien bestätigt haben. Die Störungen lassen sich in drei Hauptgruppen unterteilen: Persönlichkeitsstörungen (65–85 %), Depressions- und Angststörungen (30–50 %) und Psychosen (15 %). Verheul (2001) kam in seinem Überblick über sechs Studien zu behandelten Drogenabhängigen zu dem Ergebnis, dass antisoziale Persönlichkeitsstörungen (23 %), Borderline- (18 %) und paranoide Persönlichkeitsstörungen (10 %) besonders stark verbreitet sind.

Viele Drogenexperten vertreten den Standpunkt, dass die Prävalenz von Drogenabhängigkeit in Verbindung mit psychischen Störungen zunimmt. Einige sind allerdings der Meinung, dass dies auf das größere Interesse an diesem Thema und/oder Veränderungen bei der Diagnose und Klassifizierung der psychiatrischen Krankheiten und/oder auf Umstrukturierungen der Gesundheitssysteme zurückzuführen ist. In Finnland nahm dem Register der Krankenhausentlassungen zufolge die Behandlungsdauer von Personen, die gleichzeitig unter Drogen- und anderen psychischen Problemen leiden, von 441 im Jahr 1987 auf 2 130 im Jahr 2001 zu. Die Dauer der Behandlung wegen Opiatkonsums in Verbindung mit psychiatrischen Störungen hat seit 1996 um das Dreifache zugenommen. Diese Zahlen stimmen mit dem Anstieg des Drogenkonsums überein, obwohl kein direkter Zusammenhang gesehen wird. In Irland hat sich die Zahl der Erstaufnahmen von Drogenkonsumenten in stationären psychiatrischen Hilfsdiensten zwischen 1990 und 2001 nahezu um das Vierfache erhöht.

Der spanische Nationale Bericht weist darauf hin, dass der zu beobachtende Anstieg der Komorbidität teilweise auf die zunehmende Abhängigkeit von Psychostimulanzien zurückzuführen sein könnte.

Prävalenz der Komorbidität in Behandlungseinrichtungen

Tabelle 7 zeigt Einzelheiten der in verschiedenen Drogenbehandlungs- und psychiatrischen Einrichtungen der Mitgliedstaaten durchgeführten Studien zur Komorbidität, die auf den Nationalen Berichten beruhen. Daten zu Substanzstörungen in psychiatrischen Einrichtungen sind nicht so leicht zugänglich wie Daten zu psychiatrischen Störungen in Drogenbehandlungseinrichtungen. Die Studien in diesem Überblick sind zwar nicht vergleichbar, doch sie geben einen Hinweis auf die Situation in den EU-Ländern. Zwischen den untersuchten Drogenkonsumenten, den ausgewählten diagnostischen Kriterien, den verwendeten Instrumenten und dem Zeitpunkt der Diagnose gibt es beträchtliche Unterschiede. Aus diesen Gründen ist die Wahrscheinlichkeit einer Unterdiagnose in vielen Fällen relativ hoch.

Eine Vergleichsstudie zwischen Griechenland und Frankreich machte deutlich, dass trotz großer Ähnlichkeiten beim Gesamtanteil psychopathischer Störungen unter in Behandlung stehenden Opiatkonsumenten in beiden Ländern die psychopathologischen Muster variierten: Die Prävalenz von manisch-depressiven Störungen war bei französischen Drogenkonsumenten höher als bei griechischen (19 % bzw. 7 %), während antisoziale Persönlichkeitsmuster in der griechischen Stichprobe dominierten (20 % bzw. 7 %). Die Autoren führten diese Unterschiede auf die geringere Prävalenz des Drogenkonsums in Griechenland zurück: Je niedriger die Schwelle für gesellschaftlich inakzeptables Verhalten angesetzt ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass von der sozialen Norm abweichende Personen ein solches Verhalten aufweisen (Kokkevi und Facy, 1995).

Eine norwegische Studie untersuchte die geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen polyvalent Abhängigen (von denen 85 % Heroinkonsumenten sind) und reinen Alkoholikern. Die Stichprobe umfasste einen sehr hohen Anteil von Personen mit psychiatrischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen (93 %). Insgesamt

([172]) Siehe die Evaluation Instrument Bank der EBDD (http://eib.emcdda.eu.int).

Tabelle 7: Prävalenz der Komorbidität in Therapieeinrichtungen in verschiedenen EU-Ländern

Land	Einrichtung	Bevölkerungs-gruppe	*n*	Prävalenz der Komorbidität (%)	Diagnose	Quelle
Belgien	Psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern	Einweisungen aufgrund von Drogenproblemen (1996–1999)	18 920	86	Schizoid, paranoid, schizotypisch: 86 % Depression: 50 % Persönlichkeitsstörungen: 43 %	Datenbank mit psychiatrischen Mindestangaben (1)
Tschechische Republik	Therapeutische Gemeinschaften	Klienten in Einrichtungen des betreuten Wohnens (2001–2002)	200	35	Persönlichkeitsstörungen: 14 % Depression: 7 % Neurotische Störungen: 6 % Essstörungen: 5 %	Tschechischer Nationaler Bericht
Deutschland	Therapiezentren	Opiatabhängige	272	55	Stressbedingte und somatoforme Störungen: 43 % Affektive Störungen: 32 % Phobien: 32 % Depressive Episoden: 16 %	Krausz (1999b) (1)
Griechenland	Therapiedienste im Strafvollzug	Opioidabhängige Männer	176	86	Angstzustände: 32 % Affektive Störungen: 25 % Schizophrenie: 6 %	Kokkevi und Stefanis (1995) (1)
Spanien	Methadonprogramm	Opiatabängige Personen	150	n.v.	Borderline-Syndrom: 7 % Antisoziale Persönlichkeits-störung: 6 % Soziale Phobie: 6 % Depression: 5 %	Spanischer Nationaler Bericht (1)
Frankreich	Methadonprogramm	Opiatabängige Personen	3 936	n.v.	Angstzustände: 4 % Depression: 3 % Verhaltensstörungen: 3 % Essstörungen: 2 %	Facy (1999) (1)
Irland	Stationäre psychiatrische Notdienste	Ersteinweisungen mit der Diagnose Drogenabhängigkeit (1996–2001)	1 874	26	Depression: 21 % Schizophrenie und andere Psychosen: 11 % Persönlichkeitsstörung: 19 %	National Psychiatric Inpatient Reporting System (1)
Italien	Psychiatrische Dienste	Lebenslange Drogenkonsumenten	58	> 22	Stimmungsstörungen: 22 % Angstzustände: 21 % Schizophrenie: 16 %	Siliquini et al. (2002) (1)
Luxemburg	Spezialisierte Drogentherapiezentren	Personen, die zuvor in psychiatrischer Behandlung ohne Entgiftung waren (1996–2002)	380	32	n.v.	AST/RELIS (2002) (1)
Niederlande	Niederländische Bevölkerung	Drogenabhängige Personen zwischen 18 und 64 Jahren (1996)	n.v.	n.v.	Depression: 29 % Soziale Phobie: 29 % Bipolare Störung: 24 % Dysthymie: 22 %	Ravelli et al. (1998) (1)
Österreich	Verschiedene Behandlungsdienste	Drogenkonsumenten	n.v.	41–96	Persönlichkeitsstörungen, antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Störung, narzistische Persönlichkeitsstörung	Österreichischer Nationaler Bericht (1)
Portugal	Behandlungszentrum CAT, Xabregas	Drogenkonsumenten	596	> 73	Obsessiv-kompulsive Störung: 73 % Depression: 72 % Somatisierung: 60 % Paranoide Ideation: 58 %	Portugiesischer Nationaler Bericht (1)
Finnland	Krankenhäuser	Zeiträume der drogenbezogenen Krankenhausbehandlung (2002)	2 180	29	Paranoide Ideation: 58 % Psychotische Störungen 32 % Stimmungsstörungen 28 % Neurotische Störungen 10 % Persönlichkeitsstörungen 29 %	Entlassungsregister Krankenhauspatienten
Schweden	Universitätsklinikum, Lund	Patienten der Entgiftungsstation (1997–1995)	1 052	83	Antisoziale Persönlichkeitsstörung: 23 % Psychosen jeder Art: 14 % Depressive Störung: 11 %	Fridell (1996) (1)
Vereinigtes Königreich	Gemeinschaftliche Behandlungszentren und betreutes Wohnen	Drogenabhängige Patienten, zu 90 % Opiatabhängige	1 075	> 33	Psychotizismus Angstzustände Depression Paranoia	Marsden et al. (2000) (1)

Anmerkung: Die Daten dieser Tabelle beziehen sich auf verschiedene Zeitrahmen (z. B. Lebenszeit oder Diagnosen der letzten Jahre).
n.v.: Daten nicht verfügbar.
(1) Mehr Informationen zu dieser Studie sind in der Online-Fassung des Jahresberichts in Tabelle 12 OL: Ländertabellen Komorbidität.

wiesen Frauen in bedeutend höherem Maße als Männer schwerere Depressionen, einfache Phobien und Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf. Das gleichzeitige Auftreten einer antisozialen Persönlichkeitsstörung war bei männlichen polyvalenten Abhängigen am verbreitetsten (Landheim et al., 2003).

Prävalenz in Strafvollzugsanstalten und obligatorische Behandlung

Die Haftinsassen verdienen besondere Aufmerksamkeit. Sowohl die Prävalenz der psychiatrischen Störungen als auch die des Drogenkonsums ist unter Haftinsassen weitaus höher als unter der Gesamtbevölkerung. Daten aus Irland zufolge sind 48 % der männlichen und 75 % der weiblichen Inhaftierten psychisch gestört, und 72 % der männlichen und 83 % der weiblichen Haftinsassen berichten über eine Lebenszeiterfahrung mit Drogen (Hannon et al., 2000). Im Jahr 1999 hatten 23 % der problematischen Drogenkonsumenten des Wiener Polizeigefängnisses psychiatrische Probleme (Dialog, 2000). Die Rückfallquote unter ehemals inhaftierten Drogenkonsumenten ist hoch, und es herrscht zunehmend Übereinstimmung darüber, dass eine Inhaftierung die psychischen Probleme verschlimmern kann. In Langzeit- und Hochsicherheitsgefängnissen ist die Situation sogar noch dramatischer.

In Schweden leiden zwischen 72 und 84 % der zwangstherapierten erwachsenen Substanzabhängigen zusätzlich an psychiatrischen Problemen (Gerdner, 2004). Von 46 drogenabhängigen Mädchen, die in Betreuungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche eingewiesen wurden, wurde bei zwei Dritteln eine psychiatrische oder eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (Jansson und Fridell, 2003).

Probleme bei der Behandlung von Komorbidität

Eines der Hauptprobleme bei der Diagnose und Behandlung von Komorbidität besteht darin, dass Mitarbeiter von psychiatrischen Einrichtungen in der Regel unzureichende Kenntnisse über die Drogenbehandlung haben und das Personal von Drogenhilfsdiensten im Allgemeinen nicht mit psychiatrischen Erkrankungen vertraut ist. Die Paradigmen dieser beiden Spezialgebiete sind sehr verschieden: das eine beruht auf medizinischen und wissenschaftlichen Disziplinen, das andere auf psychosozialen Methoden und Theorien. Des Weiteren sind psychiatrische Dienste in erster Linie um die Sicherheit des Einzelnen und der Öffentlichkeit besorgt, während Drogenhilfsdienste von den Klienten eine gewisse Bereitschaft zur Aufnahme der Behandlung erwarten. Diese unterschiedlichen Ausgangspositionen stehen oft einer umfassenden, ganzheitlichen Wahrnehmung im Wege.

Wie bereits erwähnt, wird Komorbidität in vielen Fällen weder von den psychiatrischen Teams noch den Mitarbeitern der Drogendienste erkannt. Wenn sich Patienten mit einer Doppeldiagnose in Behandlung begeben, werden ihre akuten psychiatrischen Syndrome oft mit substanzinduzierten Symptomen verwechselt, oder es tritt der umgekehrte Fall ein, dass Entzugs- oder Vergiftungssymptome für psychiatrische Erkrankungen gehalten werden. Mitarbeiter von psychiatrischen Diensten leiten Personen mit Komorbidität allzu oft an Suchtbehandlungsdienste weiter und die Mitarbeiter von Suchtbehandlungsdiensten schicken diese wieder zurück oder umgekehrt. Unter diesen Umständen ist eine kontinuierliche Betreuung und Behandlung ausgeschlossen. Selbst wenn Komorbidität diagnostiziert wird, wird diese häufig in der nachfolgenden Behandlung nicht weiter berücksichtigt (Krausz et al., 1999). Das Gleiche trifft auf Patienten zu, die aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch in psychiatrischer Behandlung sind und normalerweise keine substanzbezogene Therapie erhalten (Weaver et al., 2003). Diese Verallgemeinerungen schließen jedoch natürlich nicht aus, dass einige psychiatrische Dienste und Drogendienste sehr gute Ergebnisse bei Patienten mit komorbiden Störungen erzielen.

Darüber hinaus stoßen Drogenkonsumenten häufig auf Misstrauen in psychiatrischen Hilfsdiensten und werden möglicherweise nicht zur Behandlung zugelassen, wie es beispielsweise Drogenkonsumenten ergehen kann, die sich im Rahmen einer Substitutionstherapie stabilisiert haben. Andererseits können Klienten aufgrund ihrer psychischen Probleme von der Drogenbehandlung ausgeschlossen werden. In Spanien nehmen die meisten psychiatrischen Dienste beispielsweise keine Klienten mit Substanzstörungen auf, und die Mitarbeiter verfügen auch über keine entsprechende Ausbildung. Eine Umfrage unter österreichischen Psychotherapeuten ergab, dass nur wenige psychiatrische Dienste bereit sind, drogenabhängige Patienten aufzunehmen (Springer, 2003). Berichten aus Italien zufolge gibt es keine klaren Regeln für die Überweisung von Klienten aus Drogenbehandlungsdiensten an psychiatrische Dienste, und der Widerstand der psychiatrischen Dienste ist auf die mangelnde Fachkompetenz zurückzuführen. In Norwegen erweist es sich als schwierig, Patienten von niedrigschwelligen Drogendiensten in eine psychiatrische Behandlung zu überweisen.

In Griechenland lehnen 54 % der Drogenbehandlungsprogramme Drogenkonsumenten mit psychiatrischen Störungen ab. In Slowenien und in anderen Ländern müssen die Patienten drogenfrei sein, um zu einer abstinenzorientierten stationären Behandlung zugelassen zu werden. Bei Patienten mit Doppeldiagnose stellt dies ein großes Hindernis dar, da vollständige Abstinenz den Abbruch anderer Behandlungen erfordern würde, was nicht immer möglich ist.

Behandlungsstrukturen

In der internationalen Literatur werden drei verschiedene Modelle zur Behandlung von Komorbidität beschrieben:

1. *Aufeinanderfolgende Behandlung.* Psychiatrische Störungen und Substanzstörungen werden nacheinander behandelt, und zwischen den Behandlungsdiensten

findet wenig Kommunikation statt. Patienten werden in der Regel zunächst wegen ihres Hauptproblems behandelt und anschließend aufgrund anderer Probleme. Dies kann allerdings auch dazu führen, dass die Patienten zwischen den Diensten hin- und hergeschoben werden und keine Einrichtung in der Lage ist, auf ihre Bedürfnisse einzugehen.

2. *Parallele Behandlung.* Die Behandlung der beiden unterschiedlichen Störungen erfolgt gleichzeitig und in Zusammenarbeit von Drogenhilfsdiensten und psychiatrischen Diensten. Der Therapieansatz ist bei beiden Behandlungsformen oft unterschiedlich, und das medizinische Modell der Psychiatrie kann in Widerspruch zur psychosozialen Ausrichtung der Drogendienste stehen.

3. *Integrierte Behandlung.* Die Behandlung erfolgt in einem psychiatrischen Dienst, in einem Drogenhilfsdienst oder im Rahmen eines Komorbiditätsprogramms oder -dienstes. Die Patienten werden nach Möglichkeit nicht an andere Dienste überwiesen. Die Behandlungen umfassen Motivations- und Verhaltensmaßnahmen, Rückfallvermeidung, Pharmakotherapie und soziale Ansätze (Abdulrahim, 2001).

Wie aus den Nationalen Berichten hervorgeht, lässt sich die Behandlung von Komorbidität in der EU in der Praxis jedoch nicht immer so leicht in diese drei Gruppen unterteilen. Die integrierte Behandlung gilt als das optimale Modell, doch ist dieser Standard nur schwer zu erreichen. In der Regel wird die relevante Forschung außerhalb Europas betrieben. Im Rahmen des australischen Komorbiditätsprojekts (Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003) wurde anhand einer Literaturauswertung festgestellt, dass Ansätze im Management und in der Betreuung von Komorbiditätsklienten nicht systematisch genug untersucht oder gründlich genug evaluiert wurden. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass es unter anderem aufgrund ihres unregelmäßigen Lebensstils schwierig ist, Personen zu untersuchen, die gleichzeitig an psychischen Krankheiten und Störungen infolge von Substanzmissbrauch leiden. Eine weitere Untersuchung ergab, dass die integrierte Behandlung für Personen mit Doppeldiagnose erfolgversprechend ist, sowohl in Bezug auf die psychischen Krankheiten als auch auf den Substanzmissbrauch (Drake et al., 1998). Lediglich in einer Studie wurden integrierte und parallele Ansätze miteinander verglichen, jedoch kein bedeutender Unterschied festgestellt. In keiner Studie wurde ein Vergleich zwischen integrierten und aufeinanderfolgenden Behandlungsansätzen angestellt.

Aufeinanderfolgende Behandlung

Einige Experten, beispielsweise in Dänemark (Andreason, 2002), im Vereinigten Königreich (Department of Health, 2002a) und in Norwegen (Sosial- og helsedepartementet, 1999), sind der Meinung, dass die Behandlungsdienste, zumindest für Personen, die unter ernsthaften psychischen Erkrankungen und Substanzmissbrauch leiden, in psychiatrischen Einrichtungen angesiedelt sein und eventuell externe Drogentherapeuten hinzuziehen sollten. In Dänemark wurden formelle Bindeglieder zwischen psychiatrischen Kliniken und lokalen Drogendiensten geschaffen. In Luxemburg und Norwegen haben psychiatrische Hilfsdienste spezielle Maßnahmen eingeleitet, um Personen in einem frühen Stadium der Schizophrenie zu erreichen, von denen viele unter ernsten Problemen aufgrund von Substanzmissbrauch leiden; Forschungsergebnissen zufolge kann durch eine frühe Behandlung die Prognose verbessert werden.

Der tschechische Nationale Bericht weist darauf hin, dass Suchtprobleme vor psychischen Problemen Vorrang haben sollten, da psychische Störungen schwieriger zu behandeln sind, wenn das klinische Bild durch Suchtprobleme verzerrt wird. Zurzeit bekommen jedoch 10 bis 20 % der tschechischen Klienten, die sich in Drogenbehandlung befinden, Medikamente von einem Psychiater verschrieben, was bis vor einigen Jahren noch undenkbar gewesen wäre. Auch in Griechenland erhalten Klienten in Drogenbehandlung äußerst selten Medikamente bei psychiatrischen Symptomen. Im griechischen Strafvollzugssystem rangieren jedoch psychische Störungen vor Suchtproblemen, und Straftäter mit komorbiden Störungen werden entweder im Gefängnis oder in der Gemeinde an eine psychiatrische Klinik überwiesen (K. Matsa, persönliche Mitteilung, 2004). In Spanien werden Drogenkonsumenten in der Regel im Rahmen des Drogenbehandlungssystems betreut, und Überweisungen an psychiatrische Dienste erfolgen nur, wenn die Störungen so schwerwiegend sind, dass eine Hospitalisierung notwendig wird.

Fachleute waren lange Zeit der Ansicht, dass die Pharmakotherapie bei drogenabhängigen Personen aufgrund der Gefahr einer kombinierten Abhängigkeit, beispielsweise von Heroin und Benzodiazepinen, vermieden werden sollte; dieser Standpunkt wird derzeit überprüft (z. B. Popov, 2003). In manchen Fällen werden Drogenkonsumenten wahllos psychopharmakologische Medikamente verschrieben, da zum Teil die Zeit für die notwendigen Untersuchungen fehlt. Der österreichische Nationale Bericht weist darauf hin, dass die geringe Kooperationsbereitschaft der Drogenkonsumenten die pharmakologische Behandlung von psychiatrischen Störungen erschwert und der kombinierte Konsum von narkotischen Substanzen und Medikamenten, wenn er nicht überwacht wird, zu Wechselwirkungen zwischen illegalen und verschriebenen Medikamenten oder zur Neutralisierung der verschriebenen Arzneimittel führen kann.

Parallele Behandlung

Die gemeinsame Verantwortung der psychiatrischen und der Drogendienste für einen Patienten in einem parallelen Behandlungsmodell scheint in der Praxis selten zu sein. Lokale Arbeitsgruppen, die sich aus Vertretern der Drogendienste und psychiatrischen Dienste zusammensetzen, übernehmen jedoch häufig eine wichtige Mittlerrolle in puncto Austausch, Zusammenarbeit und

Tabelle 8: Integrierte Behandlungsdienste in verschiedenen EU-Ländern

Land	Integrierte Behandlungsdienste
Belgien	Die Entwicklung integrierter Dienste befindet sich in der Machbarkeitsphase.
Deutschland	Erste Initiativen vor 20 Jahren. Noch immer nicht genügend integrierte Behandlungsangebote.
Griechenland	Ein integriertes Programm wurde im Jahr 1995 eingeführt und bietet je nach Schwere der psychiatrischen Störung zwei verschiedene Behandlungsmöglichkeiten an. Die Ergebnisse sind positiv.
Spanien	2002 wurden in 185 Zentren wurden 4 803 komorbide Patienten betreut. Eine spezialisierte integrierte Einrichtung in Katalonien und eine therapeutische Gemeinschaft in Kantabrien für komorbide Patienten, die stationär behandelt werden müssen.
Niederlande	Zwei spezialisierte integrierte Behandlungsstationen für stationäre Patienten. Eine Prozessevaluierung zur Entwicklung optimaler Verfahrensweisen ist im Gange.
Österreich	Zusammenarbeit zwischen Drogendienst und einer nahe gelegenen psychiatrischen Klinik, einige der Klinikpsychologen arbeiten in der Drogenbehandlungseinrichtung. Die Klienten verbleiben in der Drogenbehandlung und werden nur bei wesentlicher Verschlimmerung der psychiatrischen Symptome in die Klinik eingewiesen.
Vereinigtes Königreich	Mehrere integrierte Dienste in verschiedenen Gemeindeeinrichtungen. Mehrere Ärzte für die Doppeldiagnose, die in Suchthilfeeinrichtungen oder psychiatrischen Teams arbeiten.
Norwegen	Ein integriertes Projekt, das an ein psychiatrisches Zentrum in Oslo angeschlossen ist. Beobachtung und Evaluierung für den Zeitraum von maximal zwei Jahren, der Schwerpunkt liegt auf den Grundbedürfnissen wie Wohnung, Arbeit, Sozialhilfe und soziale Beziehungen.

Vernetzung. In Frankreich, Italien und in den Niederlanden sind Drogendienste durch offizielle Regelungen oder Protokolle dazu verpflichtet, eng mit psychiatrischen Diensten zusammenzuarbeiten und mit diesen nach Möglichkeit formale regionale Vereinbarungen zu treffen, was die Verfahrensseite im Zusammenhang mit Überweisungen und den klinischen Informationsaustausch betrifft (Olin und Plaisait, 2003). Über die Hälfte der niederländischen Patienten mit Doppeldiagnose sind allerdings der Ansicht, dass solche Vereinbarungen keine verbesserte Betreuung zur Folge haben (Van Rooijen, 2001).

In Luxemburg und Österreich können die Mitarbeiter von Drogenhilfsdiensten ihre Klienten nach der Überweisung an psychiatrische Kliniken weiter beobachten. Richtlinien des Vereinigten Königreichs sehen vor, dass Fachleute von Drogenhilfsdiensten und psychologischen Diensten an der Aufstellung des Betreuungsprogramms für Klienten mit Doppeldiagnose beteiligt sein sollten, um die Prioritäten bei der Betreuung festzulegen (Department of Health, 2002a).

Integrierte Behandlung

Bei diesem Modell übernimmt ein Team die Behandlung beider Arten von Störungen. Dies hat den Vorteil, dass der Klient nicht mit zwei widersprüchlichen Methoden konfrontiert wird. In einigen Ländern wird die integrierte Behandlung durch getrennte Verwaltungssysteme (z. B. in Spanien) oder unterschiedliche Finanzierungssysteme (z. B. in Deutschland) erschwert.

In den meisten Ländern gibt es nur wenige integrierte Spezialprogramme oder Programme für komorbide Patienten, und die Nachfrage übersteigt das Angebot bei weitem, wie Tabelle 8 mit einer Übersicht über die vorhandenen Informationen zeigt.

Das häufigste Modell einer integrierten Behandlung ist die Beschäftigung von Psychiatern in Drogenbehandlungsdiensten bzw. von Drogenarbeitern in psychiatrischen Diensten. Dies könnte eine optimale Lösung für kleinere Regionen sein, wo sich spezialisierte, integrierte Kliniken nicht realisieren lassen. In Spanien können praktische Ärzte, die in der Drogenbehandlung tätig sind, seit 2002 den Titel „Spezialist für Psychiatrie" erwerben, wenn sie eine Prüfung ablegen und Erfahrung in der Betreuung von Patienten mit psychischen Störungen nachweisen. In Portugal setzt die Akkreditierung und Zertifizierung von Behandlungszentren voraus, dass sie mindestens einen Psychiater beschäftigen. Allerdings verfügen nicht alle in Drogenbehandlungsdiensten tätigen Psychiater über das Fachwissen und die entsprechende Ausbildung für die Behandlung von Drogenkonsumenten, so dass mitunter eine Weiterbildung erforderlich ist.

Case Management

Case Management ist eine Methode der Behandlungskoordination, die eine individuelle aufeinander folgende oder gleichzeitige Betreuung gewährleisten und die Klienten auf ihrem Weg durch das Behandlungssystem unterstützen soll. In Europa wird diese Methode nur selten eingesetzt. Aus Frankreich wird berichtet, dass Drogenbehandlungsdienste und psychiatrische Dienste zusammenarbeiten wollen, um die gemeinsame Aufnahme von Patienten mit psychiatrischen Störungen und Suchterscheinungen und das Case Management für diese Patienten zu organisieren; eine solche Zusammenarbeit ist allerdings häufig auf einen bestimmten Fall beschränkt. In Luxemburg und in den Niederlanden ist Case Management nach Meinung der Fachkräfte die effektivste Methode zur Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnose, allerdings ist sie kostspielig und zeitaufwendig und setzt entsprechende Fachkenntnisse voraus. In einigen Ländern

wird eine Form von Case Management eingesetzt, die unter der Bezeichnung „Assertive Community Treatment" bekannt ist (siehe unten).

Behandlungsmethoden und bewährte Verfahrensweisen

Die Behandlung von Klienten mit komorbiden Störungen ist durch zahlreiche Probleme gekennzeichnet. Für die Mitarbeiter ist dies oft eine undankbare Aufgabe mit extrem hohen Anforderungen. Der Umgang mit den Klienten erweist sich aufgrund ihres disruptiven und aggressiven sozialen Verhaltens und ihrer emotionalen Instabilität häufig als problematisch, insbesondere wenn eine schwerwiegende Persönlichkeitsstörung vorliegt. Behandlungsvorschriften und -anforderungen, beispielsweise die Einhaltung von Terminen oder die Einnahme von Medikamenten stoßen häufig auf Widerstand oder Ablehnung. Die Desillusionierung wird durch unbefriedigende persönliche Beziehungen noch vergrößert. Die Erfolgsquoten sind gewöhnlich niedrig und die Aussteigerquoten hoch, wodurch die Behandlung zeitaufwendig und kostspielig sowie frustrierend für die Mitarbeiter ist, die verständlicherweise oft ungeduldig werden, Aggressionen unterdrücken und Burn-Out-Syndrome ausweisen. Aufgrund der fehlenden Nachsorge und Beobachtung der Patienten sind die Rückfallquoten hoch, und sowohl psychische als auch Substanzstörungen nehmen einen chronischen Charakter an. Auf der anderen Seite haben Patienten häufig negative Erfahrungen mit den Unterstützungsdiensten gemacht und stehen daher einer Behandlung ablehnend gegenüber.

Trotz dieser schwierigen Situation suchen die Fachkräfte ständig nach effektiveren Ansätzen. Regelmäßige, interdisziplinäre Fallbesprechungen und intensive Zusammenarbeit könnten zur Behebung des Wissensdefizits unter den Mitarbeitern beitragen. Durch solche Maßnahmen erhalten alle Beteiligten genauere Informationen über die Klienten, und die Entwicklung von bewährten Verfahrensweisen oder Betreuungsstrategien wird erleichtert. Die Qualität der Behandlung ist ausschlaggebend, wenn positive Ergebnisse erzielt werden sollen.

Wie in vielen anderen drogenbezogenen Bereichen auch, weisen Dokumentation, Evaluierung und Forschung auf dem Gebiet der Behandlung von Komorbidität große Defizite auf. Aus dem vorhandenen Evidenzmaterial geht nicht hervor, welche Behandlungsart am erfolgversprechendsten ist. Die Cochrane Collaboration hat eine Übersicht über psychosoziale Behandlungsprogramme erstellt (Ley et al., 2003). Bei dem zur Verfügung stehenden Material handelte es sich um sechs Studien, von denen vier einen sehr geringen Umfang hatten. Was die Konzipierung und die Berichterstattung betrifft, so wiesen alle Studien eine schlechte Qualität auf. Wichtigstes Ergebnis war, dass es keinen eindeutigen Hinweis dafür gibt, dass eines der Programme zur Behandlung des Substanzmissbrauchs bei Personen mit ernsthaften psychischen Erkrankungen einen größeren Nutzen als die Standardbetreuung verspricht. Die Schlussfolgerung lautete, dass neue Dienste zur Behandlung des Substanzmissbrauchs bei Personen mit ernsthaften psychischen Erkrankungen im Rahmen von einfachen, durchdachten und kontrollierten klinischen Modellversuchen eingerichtet werden sollten.

Ein Überblick über internationale Forschungsarbeiten im Bereich Alkohol- und Drogenbehandlung ergab, dass lediglich acht randomisierte Studien zur Behandlung von Drogenabhängigen mit schwerwiegenden psychiatrischen Störungen vorliegen (Jansson und Fridell, 2003). Die Aussteigerquote war sogar schon vor Behandlungsbeginn sehr hoch. Aus kurzzeitigen Beobachtungen ging hervor, dass in der stationären Behandlung, insbesondere in therapeutischen Gemeinschaften, bessere Ergebnisse erzielt wurden, was die Lebensbedingungen und den Substanzkonsum betrifft, jedoch nicht in Bezug auf die psychiatrischen Symptome.

Einige Merkmale sind für alle Behandlungssituationen relevant. Folgende Empfehlungen wurden den Untersuchungen und Meta-Analysen von international veröffentlichten, randomisiert kontrollierten Studien zur Drogenbehandlung entnommen (Berglund et al., 2003):

1. Der Schwerpunkt sollte stets auf Veränderung des Suchtverhaltens liegen.
2. Die Maßnahmen sollten gut strukturiert sein.
3. Die Maßnahmen sollten so lange fortgeführt werden, bis sie Wirkung zeigen.
4. Die Maßnahmen sollten über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten (vorzugsweise länger) fortgeführt werden.

Im Vereinigten Königreich wird der Doppeldiagnose aufgrund der Richtlinien des Gesundheitsministeriums (Department of Health, 2002b) und der Forschungsprojekte und Literaturauswertungen (z. B. Crawford, 2001) verstärkt Priorität beigemessen. Das Evidenzmaterial stammt jedoch hauptsächlich aus Nordamerika; und weniger als 10 % der Zusammenfassungen von Crawford sind Studien des Vereinigten Königreichs entnommen.

Einer niederländischen Auswertung internationaler Studien zufolge stellt die Assertive Community Treatment ein effektives Case-Management-Modell dar, das strukturelle Aspekte (Anzahl der Fälle, Teamarbeit, Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachkräften), organisatorische Aspekte (explizite Einschlusskriterien, beschränkte Aufnahme neuer Klienten, Krisenbetreuung rund um die Uhr) und inhaltliche Aspekte (Unterstützung und Betreuung im Alltag, aktiver Ansatz, häufige Kontakte) umfasst (Wolf et al., 2002). In Birmingham, Vereinigtes Königreich, werden die Teams der Assertive Community Treatment mit Hilfe eines Handbuchs in der kognitiv-behavioristisch integrierten Behandlung geschult. Den Teams wird bei der Durchführung der Maßnahmen fortlaufende Unterstützung angeboten, und sie werden sowohl nach Fortschritten als auch nach Ergebnissen bewertet (Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and

the World Psychiatric Association, 2003). In Norwegen werden einige Projekte mit integrierten Teams getestet, die nach dem Modell der Assertive Community Treatment arbeiten.

Der folgende Überblick beschreibt die von den Reitox-Knotenpunkten gemeldeten bewährten Verfahrensweisen:

- Eine Verlaufsstudie von 219 Opiatabhängigen, die sich in Hamburger Drogenhilfeeinrichtungen in Behandlung befanden, ergab einen Rückgang im Heroin- und Kokainkonsum im Zeitraum von zwei Jahren. Bei 47 % hatten sich die psychiatrischen Störungen zum Positiven verändert (Krausz et al., 1999).
- Einer italienischen Studie zufolge wiesen die Ergebnisse der methadongestützten Behandlung bei Patienten mit schweren oder leichten psychiatrischen Symptomen sowohl in Bezug auf die Haltequoten als auch auf den Heroinkonsum keinen wesentlichen Unterschied auf. Es scheint jedoch, dass Klienten mit schwerwiegenderen psychiatrischen Störungen höhere durchschnittliche Methadondosierungen benötigen (Pani et al., 2003).
- Bei der Dialektischen Verhaltenstherapie ([173]) handelt es sich um eine Behandlungsoption, die insbesondere für weibliche Drogenkonsumenten mit schwerwiegenden Borderline-Persönlichkeitsstörungen und/oder Suizidneigung geeignet ist. Eindeutiges Evidenzmaterial liegt allerdings nur aus wenigen Studien vor. Ein in den Niederlanden durchgeführter kontrollierter Versuch einer dialektischen Verhaltenstherapie ergab, dass sowohl bei der experimentellen als auch bei der regulären Behandlungsgruppe das selbstzerstörerische Verhalten reduziert werden konnte. In der Versuchsgruppe ging der Alkoholkonsum erheblich zurück, während beim Drogenkonsum keine Unterschiede festgestellt wurden (Van den Bosch et al., 2001).
- Einer schwedischen Studie zufolge ergab der wiederholte Einsatz des ASI (Addiction Severity Index)-Fragebogens im Laufe der Behandlung im Rahmen eines nachhaltigen Qualitätsmanagement-Modells, dass zwei Jahre nach Beendigung der Behandlung 46 % aller Patienten abstinent waren. Patienten mit einer Doppeldiagnose wiesen im ASI ein umfassenderes Problemprofil auf als Patienten ohne Psychosen. Insgesamt waren geringfügige Veränderungen in den Persönlichkeitsprofilen und Symptomen zu verzeichnen, doch für viele Patienten hat sich ihre Lebensqualität verbessert und ihre Lebenssituation stabilisiert (Jonsson, 2001).
- Im Vereinigten Königreich stellten Barrowclough et al. (2001) fest, dass eine Kombination aus motivierenden Gesprächen, kognitiver Verhaltenstherapie und Familienmaßnahmen bei Patienten mit Schizophrenie und Substanzmissbrauchsstörungen zu Verbesserungen führt.
- Aus einer Auswertung norwegischer Behandlungsstudien über Patienten mit komorbiden Störungen ging hervor, dass aggressives, impulsives Verhalten am besten mit einer Kombination von konfrontativer, strukturierter Gruppentherapie und Familientherapie zu behandeln ist. Depressive oder ängstliche Patienten profitierten mehr von individueller Psychotherapie und unterstützender Gruppentherapie (Vaglum, 1996).

Forschung

Ein Forschungsprojekt zur Doppeldiagnose im Rahmen des Fünften Rahmenprogramms der Europäischen Kommission im Bereich Forschung und Entwicklung (Fifth Framework Research and Development Programme) hat vor kurzem seine Arbeit aufgenommen. Die geplante multizentrische Studie, an der sich Dänemark, Frankreich, Polen, Schottland, England und Finnland beteiligen, soll die Betreuung der Patienten mit Doppeldiagnose in sieben europäischen psychiatrischen Einrichtungen beschreiben und über einen Zeitraum von zwölf Monaten die Morbidität und Inanspruchnahme der Hilfsdienste von Patienten mit Doppeldiagnose und Einzeldiagnose vergleichen. Dabei sollen folgende Ergebnisse untersucht werden: Schweregrad der Sucht, psychiatrische Symptome, Kooperationsbereitschaft bei der Therapie, psychosoziales Funktionieren, soziales Netzwerk, Rückfallquote und Mortalität. Die Ergebnisse werden voraussichtlich im Jahr 2005 vorliegen ([174]).

Weiterbildung

In den meisten Ländern erhalten Ärzte und Krankenpflegepersonal während ihrer Ausbildung sehr wenig Informationen zur Drogenabhängigkeit und noch weniger in Bezug auf Komorbidität. In Italien ist die gemeinsame Ausbildung von Mitarbeitern von psychiatrischen Diensten und Drogenhilfsdiensten erweitert worden. In den Niederlanden wird die Weiterbildung für Drogenfachkräfte und psychologische Fachkräfte, die an der Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnose beteiligt sind, vom Trimbos-Institut organisiert. Andere Länder berichten von berufsbegleitenden Weiterbildungen und Kursen, doch werden diese nicht systematisch durchgeführt.

Im Vereinigten Königreich analysierte das Royal College of Psychiatry den Weiterbildungsbedarf (Mears et al., 2001) zahlreicher Berufsgruppen, die in psychiatrischen Diensten und Drogendiensten tätig sind. Fünfundfünfzig Prozent der Stichprobe gaben an, sich auf die Arbeit mit komorbiden Patienten ungenügend vorbereitet zu fühlen und äußerten Bedarf an Weiterbildung.

([173]) Die Dialektische Verhaltenstherapie (DVT) umfasst die Anwendung eines breiten Spektrums kognitiver und verhaltenstherapeutischer Strategien bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS), einschließlich suizidem Verhalten.

([174]) Siehe http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf.