

Liebe Leserin, lieber Leser

Sucht ist eine komplexe Krankheit mit vielfältigen psychischen, physischen und sozialen Konsequenzen. Ärzten kommt in der Behandlung und Betreuung eine wichtige Rolle zu. In unserer Serie zu neuen Entwicklungen in der Suchtmizin möchten wir Ihnen den aktuellen Forschungsstand in der Neurobiologie, der Pharmakotherapie und der Psychotherapie in ausgewählten suchtmizinischen Krankheitsbildern aufzeigen. Die Serie wird fachlich von **PD Dr. Walter Marc**, Chefarzt und stellvertretender Klinikdirektor an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, begleitet, der Mitherausgeber von «Psychiatrie & Neurologie» ist.

Teil 3: Wirksame psychosoziale Interventionen bei Suchterkrankungen und komorbiden psychischen Störungen

In diesem Artikel wird auf der Grundlage von Metaanalysen und Übersichtsarbeiten ein Überblick über wirksame Interventionen psychosozialer Behandlungen von Patienten mit Suchterkrankungen und komorbiden psychischen Störungen gegeben. Dabei wird zwischen Sucht und schwereren (z.B. Psychosen, bipolare Erkrankungen) und leichteren (z.B. Angststörungen) Formen von Komorbidität sowie Persönlichkeitsstörungen unterschieden.



Franz Moggi

Franz Moggi

Obwohl vor über 25 Jahren systematisch mit der wissenschaftlichen Untersuchung der Wirksamkeit psychosozialer Behandlungen von Patienten mit einer Komorbidität von psychischen Störungen und Suchterkrankungen begonnen wurde, wird bis in jüngste Zeit die Behandlung dieser auch Doppeldiagnosepatienten (DDP) genannten Gruppe als eine «Mission impossible» bezeichnet (1).

Dieses entmutigende Verdikt einer «unmöglichen Aufgabe» scheint aus wissenschaftlicher Sicht weniger in den Studienergebnissen begründet zu sein, als vielmehr in der Art und Weise, wie diese Resultate zustande gekommen sind. Denn das grösste Problem der Studien ist ihre Heterogenität: Die Untersuchungen unterscheiden sich in den Patienten-, Behandlungs-, Setting- 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 der Schweregrade der Psychopathologie und der Sucht

einteilten (2). So definierten sie jene als schwere DDP, die zum Beispiel unter einer Psychose und unter Mehrfachabhängigkeit von Substanzen litten, und als leichte DDP jene, die zum Beispiel lediglich eine Spinnenphobie und Cannabismissbrauch aufwiesen. Allerdings hat diese Einteilung bis heute weder für die Diagnostik, Ätiologie und Indikation noch für die Behandlung deutliche Vorteile gebracht, zumal auch der grösste Teil der Wirksamkeitsforschung hinsichtlich psychosozialer Behandlungen bei Patienten mit schweren psychischen Störungen (v.a. Schizophrenie und schizoaffektive Störungen) durchgeführt wurde. In den Überblicksartikeln wurde festgestellt, dass die Anzahl Untersuchungen von leichteren DDP erstaunlich gering ist. Der erfolglose Versuch dieser Systematik hat dazu geführt, dass heute weniger von DDP gesprochen wird, sondern dass vielmehr die Kombinationen der beiden (oder auch mehr) Störungen explizit erwähnt und Therapien für spezifische Störungskombinationen entwickelt werden (z.B. posttraumatische Belastungsstörungen und Sucht). Die Vorstellung einer allgemein gültigen und einheitlichen psychosozialen Behandlung für Patienten mit Komorbidität psychischer Störung und Sucht ist letztlich fallengelassen worden.

Heterogenität in der Behandlung

Ähnliche Heterogenität findet sich in der Behandlung. Beispielsweise versuchten De Witte und Kollegen, in ei-

nem Überblicksartikel zu gut kontrollierten Studien die notwendigen Behandlungskomponenten einer erfolgreichen psychosozialen Behandlung von Patienten mit Schizophrenie und Suchterkrankungen im ambulanten Setting herauszuarbeiten (3). Es konnten nur gerade 14 randomisiert-kontrollierte Studien zu diesem Thema gefunden werden, wobei zum Teil auch Patienten mit anderen psychischen Störungen (z.B. bipolare Störungen) eingeschlossen wurden. De Witte und Kollegen identifizierten grob zwei verschiedene Behandlungstypen als Experimentalgruppen, die getestet wurden gegen eine Kontrollgruppe, welche keine oder eine Standardbehandlung erhielt:

- a) Zeitlich seriell oder paralleles Hinzufügen einer oder mehrerer zusätzlicher störungsspezifischer Interventionen zu einer bestehenden Standardbehandlung;
- b) Angebot eines integrativen Behandlungsprogramms.

Unter integrativer Behandlung werden Programme verstanden, in denen Interventionen für die verschiedenen Störungen in einem gemeinsamen Erklärungs- und Therapiemodell aufeinander bezogen und auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten abgestimmt werden. Die Behandlung der psychischen Störung und der Suchterkrankung findet zur selben Zeit, im selben Behandlungssetting und durch dieselben Behandlungspersonen statt. Meist bestehen erfolgreiche Programme aus einer Kombination von bestimmten Interventionen wie etwa motivierender Gesprächsführung, kognitiver Verhaltenstherapie, Rückfallprävention, Kontingenzmanagement, Case Management und/oder Familieninterventionen. Die Autoren kommen zum Schluss, dass integrative Behandlungen der wirksamere Behandlungstyp sind als «angereicherte» Standardbehandlungen.

Komorbidität von schweren psychischen Störungen und Sucht

Unter schweren psychischen Störungen werden meistens psychotische Störungen, einschliesslich Schizophrenie, schizopreniformer und schizoaffektiver Störungen, bipolarer Störungen und schwerer Depressionen verstanden (4). Drake und Kollegen haben wiederholt systematische Überblicksarbeiten zur Wirksamkeit von Behandlungsangeboten für schwere DDP vorgestellt (5). Sie stellen dabei fest, dass integrative Programme, die ihren Schwerpunkt auf das Einbinden der Patienten durch motivierende Gesprächsführung 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 bezüglich 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 motivierende Gesprächsführung, kognitive Verhaltenstherapie in Kombination mit Kontingenzmanagement, Rückfallprävention, Familienintervention und Case Management enthielten. Als therapierelevant wird in den meisten Studien festgehalten, dass der Substanzkonsum mindestens reduziert und stabilisiert werden

muss, damit positive Veränderungen in den beiden anderen wichtigen Ergebnisbereichen, nämlich psychische Störung und Funktionsniveau, erwartet werden können (6).

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 (4). Bis heute sind nur gerade 7 kontrollierte Studien publiziert, die integrative Behandlungen von Depression und komorbider Sucht untersuchten. Sie ergaben, dass die Patienten 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 (7).

In einem Überblick zur Behandlung von Angststörungen und Sucht fand Hesse, dass integrative Behandlung im Allgemeinen die Abstinenztage erhöht, tendenziell die Angstsymptome verringert und die Haltequote verbessert (8). Er schloss dennoch, dass psychosoziale Interventionen allein für eine erfolgreiche Behandlung dieser Komorbiditätsform 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, das heisst die vertiefte Auseinandersetzung mit der traumatischen Erfahrung, als 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 integrative Behandlungsprogramme zur Verfügung, in denen bereits früh in der Behandlung mit Expositionen begonnen wird. Gleichzeitig erfolgen Interventionen zur Reduktion des Suchtmittelkonsums. Die Ergebnisse sind sehr vielversprechend (9). Für die Stabilisierungsphase gibt es nur ein effektives, mittlerweile etabliertes Behandlungsprogramm. Najavits 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 Störungen durch Substanzkonsum zeigte (10).

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 nur sehr wenige kontrollierte Studien vor. Der Schwerpunkt liegt auf der Untersuchung der komorbiden Borderline-Persönlichkeitsstörung. In systematischen Überblicksarbeiten von Pennay und Mitarbeitern oder jüngst von Euler und Kollegen zeigten sich zwar viel-

versprechende Ergebnisse, aber diese beruhen auf relativ kleinen Fallzahlen und Studien mit hohen Ausfallraten (11). Hinzu kommt, dass in allen Untersuchungen die Patienten nicht nur Symptome der Persönlichkeitsstörung, sondern auch anderer komorbider psychischer Störungen (z.B. Depression, Angststörungen) aufwiesen (12).

Schlussfolgerungen

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 hinsichtlich der Merkmale der Patienten, der Programme und Interventionen, der Settings, der Intensität und der Ergebnisvariablen sind. Dies macht aus wissenschaftlicher Perspektive eine gesicherte Schlussfolgerung schwierig. Hinzu kommt, dass die Studien vorwiegend aus den USA, einige aus Kanada, Australien oder Grossbritannien, aber nur selten aus Kontinentaleuropa stammen. Jüngst wurde deswegen versucht, eine europäische Perspektive einzunehmen und einen umfassenden Überblick zum Thema Komorbidität abzuliefern (13). Im deutschen Sprachraum sind nur wenige Monografien erschienen (14, 15). Dennoch kann festgehalten werden, dass integrative Behandlungsprogramme mit mehreren störungsspezifischen Interventionen eher wirksam und im besten Fall in allen Ergebnisvariablen Kontrollgruppen beziehungsweise Standardbehandlungen überlegen sind.

Merksätze:

- Bis in jüngste Zeit wurde die Behandlung der Doppeldiagnosepatienten (DDP) als eine «Mission impossible» bezeichnet.
- Die Vorstellung einer allgemein gültigen und einheitlichen psychosozialen Behandlung für Patienten mit Komorbidität psychischer Störung und Sucht ist letztlich fallengelassen worden.
- Integrative Behandlungsprogramme mit mehreren störungsspezifischen Interventionen sind eher wirksam und im besten Fall in allen ergebnisvariablen Kontrollgruppen beziehungsweise Standardbehandlungen überlegen.
- Mehrere Behandlungskomponenten von integrativen Behandlungsprogrammen haben sich wiederholt als effektiv erwiesen, wie zum Beispiel motivierende Gesprächsführung und kognitive Verhaltenstherapie.

Ein integratives Behandlungsprogramm ist wahrscheinlich effektiver als das bloße Hinzufügen einer einzelnen Intervention (z.B. Rückfallprävention) zu einer Standardbehandlung und kann insbesondere dann wirksam sein, wenn die Interventionen erfolgreich bei der Reduktion oder Stabilisierung des Substanzkonsums sind. Mehrere Behandlungskomponenten von integrativen Behandlungsprogrammen haben sich wiederholt als effektiv erwiesen wie motivierende Gesprächsführung, Kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention, Rückfallprävention, Kontingenzmanagement, Case Management und/oder Familieninterventionen.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. phil. Franz Moggi
EMBA, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universität Bern
Bolligenstrasse 111
3000 Bern 60
E-Mail: moggi@puk.unibe.ch

Literatur:

1. Chow C.M. et al.: Mission impossible: treating serious mental illness and substance use co-occurring disorder with integrated treatment: a meta-analysis. *Mental Health and Substance Use*, 2012. 1(1): 1–19.
2. Rosenthal R.N. and L. Westreich: Treatment of persons with dual diagnoses of substance use disorder and other psychological problems, in *Addictions. A comprehensive guidebook*, B.S. McCrady and E.E. Epstein (Eds). 1999, Oxford University Press: New York. S. 439–476.
3. De Witte N.A. et al.: Treatment for outpatients with comorbid schizophrenia and substance use disorders: a review. *European Addiction Research*, 2014. 20(3): 105–14.
4. Moggi, F. and A. Öjehagen: Evidence-supported Psychosocial Treatment for Dual Disorder Patients, in *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders: A Practice-based Handbook from a European Perspective*, G. Dom and F. Moggi, Editors. 2015, Springer Publisher: Berlin. S. 261–277.
5. Drake R.E., E.L. O'Neal, and M.A. Wallach: 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*, 2008. 34(1): 123–38.
6. Horsfall J. et al.: 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*, 2009. 17(1): 24–34.
7. Kelly T.M., D.C. Daley, and A.B. Douaihy: Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 2012. 37(1): 11–24.
8. Riper H. et al.: Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. *Addiction*, 2014. 109(3): 394–406.
9. Sannibale C. et al.: Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders. *Addiction*, 2013. 108(8): 1397–1410.
10. Najavits L.M. et al.: Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch: Das Therapieprogramm «Sicherheit finden» 2008, Göttingen: Hogrefe-Verlag.
11. Pennay A. et al.: A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2011. 41(4): 363–73.
12. Euler S. et al.: Persönlichkeitsstörungen und Sucht: Systematische Literaturübersicht zu Epidemiologie, Verlauf und Behandlung. *Fortschritte in Neurologie Psychiatrie*, 2015. 83(10): 544–54.
13. Dom G. and F. Moggi (Eds): *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders. A Practice-based Handbook from a European Perspective*. 2015, Springer: Heidelberg.
14. Moggi F. (Hrsg.). *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. 2nd ed. 2007, Huber: Bern.
15. Walter M. and E. Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.): *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. 2013, Kohlhammer: Stuttgart.