

Doppeldiagnosen und Substitution

Good practice hilfreicher Angebote und Interventionen

Ursula Böhm Dipl. Psych., mudra Ambulante Therapie
Manuela Bolz Dipl. Sozialpäd. (FH), mudra Betreutes Wohnen



Begriff „Doppeldiagnose“

- seit Ende der 1980er Jahre verwendet
- üblicherweise:
Sucht und psychische Störung
unabhängig vom Schweregrad
seltener: Kombination mit körperlicher Erkrankung
- Es liegt nur dann eine Doppeldiagnose vor, wenn die psychische Störung substanzunabhängig ist.

Sucht und psychische Komorbiditäten



Prävalenz

- wenig verlässliche Zahlen, wegen geringer Fallzahlen und nicht homogener Komorbiditätsformen
- Forschung hauptsächlich zu Alkoholabhängigkeit, hauptsächlich in USA
- Die Hälfte aller Personen, die drogenabhängig sind, haben eine zusätzliche psychische Störung
(Regier, ECA-Studie 1990)
- Komorbidität und Opioid-Substitution:

• Persönlichkeitsstörung	45%
• Depression	25%
• Schizophrenie	14%
• Angststörung	5%

(Kuntze et al. 1998)

Mögliche Wirkungszusammenhänge

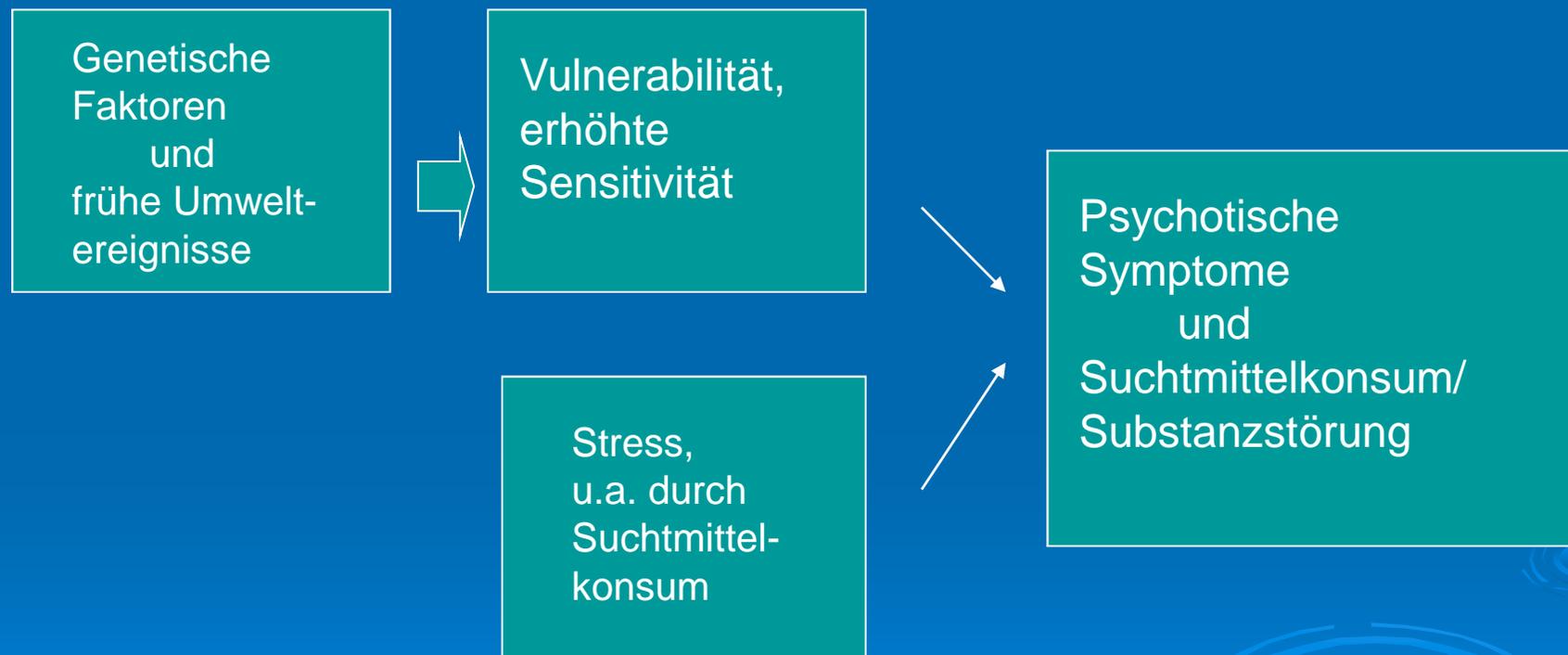
- **Psychische Störung verursacht Sucht**
(Selbstmedikationshypothese)
- **Sucht verursacht psychische Störung**
(Gesteigerte Vulnerabilität, Sensitivitätsmodell)
- **dritter (z.B. genetischer, Umwelt-) Faktor verursacht beide Störungen**
- **es gibt keinen Zusammenhang**
(Zufall)
- **Wechselwirkung beider Störungen**
(bei langfristigem Verlauf, darauf sollten DD-Behandlungsmodelle basieren)



Interaktion von Angst und Suchtmittelkonsum



Sensitivitätsmodell



Komorbiditätsmodell bei Borderline-Störung



Psychische Störung und Sucht

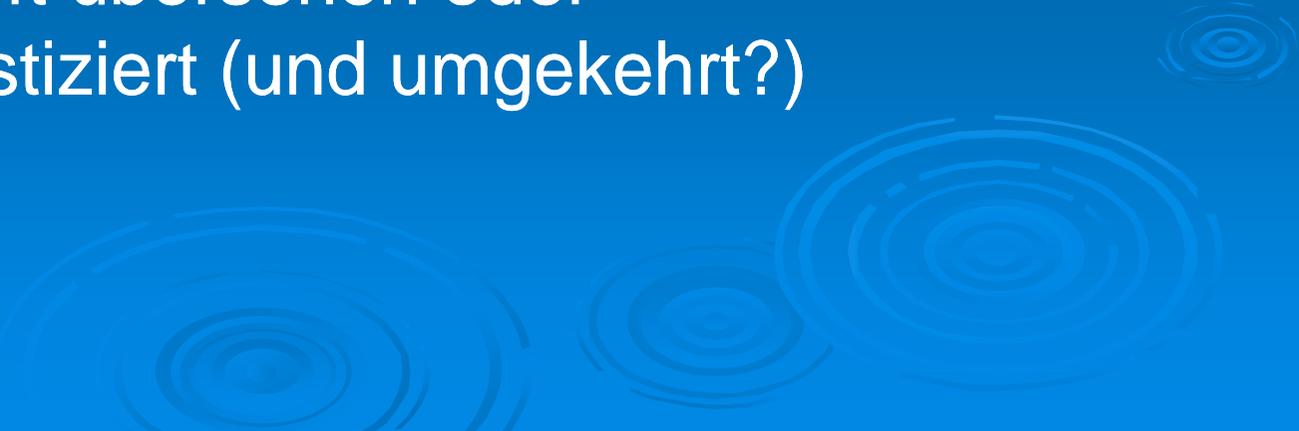
Psychische Störung tritt als direkte Folge von Substanzkonsum auf und bildet sich spätestens nach vierwöchiger Abstinenz zurück.

Substanzintoxikation
Substanzentzug
Substanzinduzierte Störung

psychische Störung bestand vor Konsum, bleibt trotz Abstinenz bestehen oder wird indirekt infolge psychosozialer Veränderungen gefördert/ausgelöst

Doppeldiagnose

Diagnosestellung

- Es gibt (noch) keine verbindliche Diagnose/Definition
 - eigentlich vierwöchige Abstinenz notwendig
 - durch die gegenseitige Beeinflussung der beiden Störungen ist Diagnose sehr schwierig
 - Abhängigkeit wird aufgrund der psychiatrischen Symptome oft übersehen oder unterdiagnostiziert (und umgekehrt?)
- 

- gründliche Anamnese zu
 - Symptomen,
 - Erstmanifestationen, Wiederauftreten,
 - gesamtem Verlauf beider Störungen,
 - bzgl. Konsum: substanzbezogenen Lebensproblemen, Konsummuster, Antezedenzen und Konsequenzen des Konsums, Erwartungen und Konsummotiven
 - Interaktionen der beiden Störungen

- Strukturierte, halbstrukturierte Interviews: DIPS, SKID
- im besten Fall zusätzlich fremdanamnestiche Informationen

- Erstellen eines individuellen Fallkonzepts



Besonderheiten

- Lange Therapiekarrieren (Interventionen wurden als nicht hilfreich erlebt) mit der Folge geringer Wirksamkeitserwartung an Behandlung
- Ambivalenz zwischen Änderungsbedarf und Veränderungsmöglichkeiten ist stärker ausgeprägt
- große Interaktionsprobleme
- Fehlende Krankheitseinsicht
- Dadurch fehlende Einsicht in Medikation
- Schwierigkeiten bei Alltagsorganisation (z. B. Unpünktlichkeit) durch hohe Ablenkbarkeit

- Lebensmüdigkeit aufgrund der scheinbar unbewältigbaren Fülle von Problemen
- Hohe Rückfallraten, hohe Therapieabbruchraten
- große Probleme in Familie, Beruf, Freundeskreis
- Soziale Isolation
- Unter Substitution kann es zu verstärkter Wahrnehmung psychischer Belastungen und Symptome kommen
- In Therapie häufig Vermeidung relevanter Themen

Besondere Schwierigkeiten bei BehandlerInnen

- Verhaltensauffälligkeiten von PatientInnen werden fehl gedeutet / persönlich genommen
- Unsicherheit im Umgang
- Ablehnung der PatientInnen durch die MitarbeiterInnen
- Keine Einigkeit im Team bezüglich Vorgehen
- Insuffizienzgefühle bei BehandlerInnen

Systemimmanente Probleme

- Mangelhafte und unspezifische Versorgung von Menschen mit DD durch Trennung Psychiatrie-Suchthilfe
- Hin- und herschieben der PatientInnen
- Therapieempfehlungen für psychische Störungen und Substanzstörungen widersprechen sich oft.
- Diagnostik und Therapie findet vorwiegend in abstinenzorientierten Einrichtungen statt.

Ziele in der Behandlung

- Überleben sichern (auch Suizidprävention)
- Gründliche Reflektion der Behandlungsziele (Abstinenzbereitschaft, Abstinenz, Beikonsumfreiheit)
- Einbezug der speziellen Behandlungsmotivation der KlientInnen