

INTEGRATIVE BEHANDLUNG VON PATIENTEN MIT DOPPELDIAGNOSEN

KIM T. MUESER, ROBERT E. DRAKE, ANNETTE SCHAUB, DOUGLAS L. NOORDSY

Zusammenfassung

In den letzten Jahren sind die Diagnose und Therapie von Doppeldiagnosen verstärkt in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Doppeldiagnosen werden bei Patienten gestellt, die an Substanzabhängigkeit bzw. -mißbrauch von einer oder mehreren psychotropen Substanzen bei gleichzeitigem Vorliegen einer anderen schweren psychischen Störung leiden. Dieser Beitrag beschreibt ätiologische Modelle und klinische Charakteristika von Patienten mit Doppeldiagnosen. Da sich frühere Ansätze, die beiden Störungen getrennt zu behandeln, als wenig effizient erwiesen, haben integrierte Behandlungskonzepte in letzter Zeit an Bedeutung gewonnen. Diese Ansätze basieren zumeist auf einem niederschweligen, gemeindenahen Behandlungsangebot. Sie sind als komplexe, längerfristige, phasenbezogene Behandlung angelegt, die eine gemeinsame Entscheidungsfindung im Therapieprozeß betont und pharmakologische Interventionen integriert. Die Phasen der Behandlung beziehen sich auf den Aufbau einer Behandlungsallianz, die Phase der Überzeugung, die aktive Behandlung und die Rückfallprophylaxe. Der aktuelle Forschungsstand zu integrativen Behandlungsansätzen wird kurz zusammengefaßt. Abschließend werden zukünftige Entwicklungen in diesem Bereich diskutiert.

Schlüsselwörter Doppeldiagnosen – psychische Störungen durch psychotrope Substanzen – schizophrene und affektive Störungen – integrierte Behandlung – Phasenmodell – Psychopharmakotherapie

Summary

Widespread recognition of the problem of dual diagnosis, defined here as coexisting substance use disorder (substance abuse or substance dependence) and severe mental illness, has led to the development of programs that integrate mental health and substance abuse treatments. In this article, etiological models and clinical characteristics of this disorder are described. Because of problems related to traditional treatment approaches that treated each disorder separately programs were developed that integrate mental health and substance abuse treatments. Common components of these programs are assertive outreach, comprehensiveness, long-term perspective, shared decision making, stage-wise treatment and pharmacotherapy. The stages of treatment include engagement, persuasion, active treatment and relapse prevention. Research on integrated treatment is then briefly summarized. The article concludes with a discussion of future directions for work in this area.

Keywords Dual diagnosis – substance use disorders – psychiatric disorders – integrated treatment programs – stages of treatment - psychopharmacotherapy

Einführung

Das gemeinsame Auftreten von schizophrenen oder affektiven Störungen und Substanzabhängigkeit bzw. -mißbrauch impliziert einen schlechten Krankheitsverlauf. Doppeldiagnosen gehen mit einer höheren Rückfall- und Rehospitalisationsrate, Medikamenten-Noncompliance, Gewalttätigkeit, Suizidrate, finanziellen und familiären Schwierigkeiten, HIV-Risikoverhalten und rechtlichen Problemen einher (Lindqvist und Allebeck 1989, Caton et al. 1994, Linszen et al. 1994, Dixon et al. 1995, Drake und Brunette, 1998). Folglich nehmen Patienten mit Doppeldiagnosen die psychiatrische Versorgung häufiger in Anspruch als Patienten mit nur einer Diagnose und zwar insbesondere kostenintensive Behandlungen wie Notfalldienste und stationäre Aufenthalte (Dickey und Azeni 1996). Aufgrund der hohen Prävalenz von Doppeldiagnosen, der schweren Krankheitsverläufe und der hohen Behandlungskosten rückte seit Mitte der 80er Jahre die Entwicklung geeigneter Therapieansätze in den Mittelpunkt des Interesses.

Epidemiologie und Verlaufscharakteristika von Doppeldiagnosen

Wie in mehreren Studien bestätigt, haben Menschen mit schweren psychischen Störungen ein erhöhtes Risiko, zusätzlich unter einer Störung des Substanzkonsums zu leiden (Cuffel 1996, Mueser et al. 1996). In der bisher in den USA durchgeführten umfangreichsten Studie zur Komorbidität, der „Epidemiologic Catchment Area (ECA) study“ (Regier et al. 1990), lag die Lebenszeitkomorbidität für Störungen des Substanzkonsums in der Allgemeinbevölkerung bei 17%, für Menschen mit schizophrenen Störungen jedoch bei 48% und bei bipolaren Störungen bei 56%. Aber nicht nur über die Lebenszeit, sondern auch die aktuelle Komorbidität ist hoch. Nach der Mehrzahl der Studien hatten zwischen 25% und 35% der Menschen mit schweren psychischen Störungen während der vergangenen sechs Monaten zusätzlich eine Störung des Substanzkonsums (Mueser et al. 1995). Was schizophrene Störungen anbelangt, zeigte eine Metaanalyse amerikanischer Daten, daß etwa ein Drittel der Patienten zusätzlich unter Al-

koholismus leidet (Cuffel 1992). Der illegale Drogenkonsum gegenüber der Allgemeinbevölkerung steigt um das Dreifache (Dixon et al. 1991) und in Deutschland die Alkoholismusprävalenz bei erkrankten schizophrenen Patienten um das Zweifache (Hambrecht und Häfner 1996). Der Konsum von Alkohol oder anderen Drogen ist folglich bei Menschen mit schweren psychischen Störungen deutlich ausgeprägt: Etwa die Hälfte aller Patienten hat zeitweilig Probleme in diesem Bereich, und bei etwa einem Viertel bis einem Drittel der Patienten liegt eine entsprechende Diagnose vor.

Die Prävalenz- und Inzidenzraten von Doppeldiagnosen können je nach Erhebungsort und den demographischen Merkmalen der untersuchten Population sehr unterschiedlich ausfallen. Menschen mit schweren psychischen Störungen, die nicht seßhaft, im Gefängnis oder auf einer Akutstation hospitalisiert sind, haben eher eine zusätzliche Abhängigkeit oder Suchtproblematik als andere (Galanter et al. 1988). Auch hinsichtlich der Versorgungsstrukturen zeigen sich Selektionseffekte. In der Studie von Soyka und Mitarbeitern hatten in einem Bezirkskrankenhaus (München-Haar) 35% der Patienten mit schizophrenen Störungen zusätzlich eine Alkoholismusdiagnose, jedoch nur 17% in einem universitären Setting (LMU München) zusätzlich Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit. Störungen des Substanzkonsums sind zudem trendmäßig häufiger bei Männern, bei Ledigen, bei Personen mit geringerem Bildungsniveau oder mit entsprechender Familienanamnese zu finden (Mueser et al. 1995, Barry et al. 1996, Lambert et al. 1996, Menezes et al. 1996).

Die wenigen Studien über den längerfristigen Krankheitsverlauf von Menschen mit Doppeldiagnosen belegen, daß es sich in dieser Population um längeranhaltende psychische Störungen durch psychotrope Substanzen handelt, die zumeist chronisch verlaufen und nur selten spontan remittieren (Drake et al. 1996). Cuffel und Chase (1994) zeigten in einer Einjahres-Katamnese der Patienten der ECA Studie eine konstante Prävalenzrate von schizophrenen und substanzgebundenen Störungen. In einer Stichprobe von 148 Patienten, die im Rahmen eines intensiven Casemanagement-Programms sowie sieben Jahre später untersucht wurden, waren die Prävalenzraten für Alkoholismus (24%/21%) und Drogenkonsum (20%/17%) zu beiden Erhebungszeitpunkten unverändert (Bartels et al. 1995). Auch die Alkoholismusrate von 312 kroatischen Patienten mit schizophrenen Störungen war selbst nach 20 Jahren, in der derzeit längsten Katamnese studie, bemerkenswert stabil (Kozaric-Kovacic et al. 1995). Da die Mehrzahl der Patienten in diesen Katamnese studien nach den traditionellen Richtlinien behandelt wurde, ist der schlechte Krankheitsverlauf ein indirekter Beleg für die Ineffizienz dieses Vorgehens.

Obwohl die hohe Prävalenz der Doppeldiagnosen den klinischen Eindruck bestätigen, gilt es aber auch die methodischen Mängel der Untersuchungen kritisch zu beleuchten. Selektionseffekte können die Ergebnisse verzerrt haben, da die Mehrzahl der Studien in Behandlungseinrichtungen und nicht in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt wurden (Berkon, 1949). Weitere Probleme beziehen sich auf die unterschiedlichen diagnostischen Kriterien und Erhebungsinstrumente so-

wie die Vernachlässigung von potentiellen konfundierenden Variablen. Nur die Studie von Hambrecht und Häfner (1996) schließt den möglichen Einfluß dieser Variablen durch Matching (zumindestens bezüglich Alter und Geschlecht) der Stichproben aus.

Ätiologische Modelle

Es liegen mehrere hypothetische Modelle vor, die den Zusammenhang zwischen schweren psychischen Erkrankungen (schizophrenen oder bipolaren Störungen) und Störungen des Substanzkonsums zu erklären versuchen (Bachmann et al. 1997, Kosten und Ziedonis 1997, Mueser et al. 1998):

- ein gemeinsamer Faktor prädisponiert zu beiden Störungen
- die schizophrene bzw. bipolare Störung ist die Grunderkrankung und die Störung des Substanzkonsums die Folgeerkrankung
- die Störung des Substanzkonsums ist die primäre Erkrankung und die psychische Störung die sekundäre Erkrankung
- beide Störungen beeinflussen sich wechselseitig in einem Rückkopplungsprozeß

Die Abklärung der primären und sekundären Erkrankung wird dadurch erschwert, daß beide Störungen sich zumeist allmählich ohne klare Abgrenzungen entwickeln und mögliche Latenzphasen auftreten können. So kann eine schizophrene Störung schleichend verlaufen und die eigentliche Grunderkrankung darstellen, jedoch erst nach einer Suchterkrankung manifest werden. Zudem ist es oft schwierig, retrospektiv genaue zeitliche Abfolgen festzulegen. Wegen der geringen Auftretenshäufigkeit von schweren psychiatrischen Erkrankungen (z.B. bei schizophrenen Störungen: 1%) sind prospektive Studien nur bedingt durchführbar.

Ein gemeinsamer Faktor prädisponiert sowohl zur psychischen Erkrankung als auch zur Störung des Substanzkonsums

Dieser gemeinsame Faktor könnte genetisch, biologisch oder psychologisch bedingt sein. Das genetische Risiko, an einer schizophrenen oder bipolaren Störung zu erkranken, zeigt keinen Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für Störungen des Substanzkonsums und umgekehrt (Bidaut-Russell et al. 1994, Maier et al. 1995). Auch Studien mit ein- und zweiseitigen Zwillingen bestätigen dieses Ergebnis (Kendler 1985). Neuere Studien werten die antisoziale Persönlichkeitsstörung als einen möglichen gemeinsamen Faktor. Diese Persönlichkeitsstörungen treten häufiger bei psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen auf und sind mit einem schlechteren Krankheitsverlauf verknüpft (Alterman und Cacciola 1991). Störungen des Sozialverhaltens in der Kindheit sind prädiktiv für die spätere Entwicklung einer schizophrenen Störung (Regier et al. 1990, Kessler et al. 1997). Bei

schizophrenen und bipolaren Erkrankungen wurden in letzter Zeit vermehrt Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert (e.g. Jackson et al. 1991), wobei diese Störungen bei schizophrenen Psychosen auf einen schlechteren Krankheitsverlauf verweisen (Dingemans et al. 1998). Patienten mit schizophrenen Störungen und antisozialer Persönlichkeitsstörung haben eher eine zusätzliche Suchtstörung als schizophrene Patienten ohne Persönlichkeitsstörung (Mueser et al. im Druck). Zudem finden sich in der Familienanamnese dieser Patienten häufiger Personen mit Suchtstörungen (Mueser et al. 1997). Zusätzliche mögliche Einflußfaktoren sind der soziale Status und das kognitive Funktionsniveau, die zusammen mit anderen Risikofaktoren zur komorbiden Schizophrenie und Suchtstörung beitragen.

Die Psychose erhöht das Risiko, an einer Störung des Substanzkonsums zu erkranken

Dieses Erklärungsmodell bezieht sich sowohl auf psychosoziale Risikofaktoren als auch auf das Sensitivierungsmodell, das eine biologisch bedingte erhöhte Sensitivität für die Wirkungen des Substanzkonsums bei schizophrenen Störungen annimmt. Die psychosozialen Risikofaktoren umfassen die Konzepte der "Selbstbehandlung" und der Verbesserung dysphorischer Stimmungen durch Substanzkonsum sowie ein komplexes Modell der Risikofaktoren.

Nach dem Konzept der "Selbstbehandlung" werden Alkohol und Drogen als Selbstheilungsversuch bzw. zur positiven Beeinflussung oder Bewältigung spezifischer Symptome und negativer Gefühlszustände bei schizophrenen oder affektiven Störungen eingesetzt (Pope 1979, Khantzian 1985, 1997). Nach Schneier und Siris (1987) verwenden schizophrene Patienten stimulierende Substanzen, um ihre Negativsymptome und/oder die Nebenwirkungen der verordneten Medikamente zu beeinflussen. Bei einer bestehenden Vulnerabilität kann aber der ehemals zur Bewältigung von Krankheitssymptomen eingesetzte Substanzkonsum in eine weitere psychische Störung münden. Nach Mueser und Mitarbeitern (1995, 1998) gibt es zwar Hinweise, daß sich die Betroffenen ihrer anfänglichen psychischen Reaktionen auf den Substanzkonsum bewußt sind und entsprechende Erwartungen entwickeln, aber weniger Belege für eine Auswahl der Substanzen je nach spezifischer Diagnose oder emotionaler Befindlichkeit. Der Substanzkonsum wird wohl zur Linderung sozialer Probleme, der Schlaflosigkeit, der Depression und einer Vielzahl anderer Belastungen eingesetzt, doch wird selten darüber berichtet, daß spezifische Substanzen spezifische Symptome der Erkrankung verbesserten (z.B. Dixon et al. 1990, Noordsy et al. 1991).

Das Konzept der "Abschwächung dysphorischer Zustände" ist somit eine Subkategorie der "Selbstbehandlung". Die Betroffenen verwenden psychoaktive Substanzen, um sich gutzufühlen oder negative Gefühlszustände abzufangen, bevor sie von den jeweiligen Substanzen abhängig werden (Leshner 1998). Viele Studien belegen, daß Menschen mit psychischen Störungen unter dysphorischen Zuständen leiden (Birchwood

et al. 1993). Unter diesem Begriff wird ein breites Spektrum von Beschwerden wie Ängstlichkeit, Depressivität, neuroleptika-induzierte Symptome, Langeweile und Einsamkeit zusammengefaßt (Bartels und Drake 1988). Diese Zustände können den anfänglichen Konsum von Alkohol und Drogen bedingen (Addington und Duchak 1997, Dixon et al. 1990, Noordsy et al. 1991). Das komplexe Modell der Risikofaktoren bezieht sich auf Aspekte wie soziale Isolation, geringe soziale Kompetenz, kognitive Defizite, Mißerfolge im schulischen und beruflichen Bereich, niedriger Lebensstandard, Leben in sozialen Randgruppen und hohe Verfügbarkeit von Alkohol und Drogen (Mueser et al. 1998). Viele dieser Risikofaktoren können den Substanzkonsum begünstigen. Es gibt derzeit wenige Untersuchungen, die dieses Modell empirisch bestätigen, aber die Selbstberichte von Betroffenen über ihre Gründe des Substanzkonsums weisen auf diese Faktoren hin (z.B. Test et al. 1989, Dixon et al. 1990, Noordsy et al. 1991).

Das Sensitivierungsmodell ist eine Erweiterung des Vulnerabilität-Streß-Modells der Schizophrenie (Nuechterlein und Dawson 1984, Zubin und Spring 1977). Dieses Modell besagt, daß eine schizophrene Episode durch eine komplexe Interaktion zwischen der psychobiologischen Vulnerabilität und den jeweiligen Umgebungsfaktoren ausgelöst werden kann. Neuroleptika können die Vulnerabilität herabsetzen, während Substanzkonsum sie erhöht. Daher kann schon geringer Substanzkonsum zu negativen Auswirkungen führen. Mehrere Ergebnisse wie die niedrige körperliche Abhängigkeit bei Doppeldiagnosepatienten (z.B. Drake et al. 1990), die Provokation klinischer Symptome durch geringe Amphetamingaben (z.B. Lieberman et al. 1987) und das Auftreten von Rezidiven schon bei niedrigem Substanzkonsum (z.B. Drake et al. 1989) bestätigen dieses Modell.

Die Psychose ist Folge einer Störung des Substanzkonsums

Eine primär bestehende Substanzabhängigkeit bzw. Sucht kann zur Entwicklung einer sekundären psychiatrischen Erkrankung beitragen oder diese induzieren. Mehrere Studien zeigen, daß in engem zeitlichen Zusammenhang, aber auch nach längerfristigen Substanzmißbrauch, sich akute sowie langanhaltende psychotische Zustände entwickeln können. Aufgrund ihrer psychotropen Wirkungen wurden spezifische Substanzen wie Stimulantien, Halluzinogene und Cannabis unter diesem Aspekt besonders intensiv diskutiert (Schuckit 1989). Im Gegensatz dazu gibt es einen allgemeinen Konsens, daß Alkoholismus weder schizophrene noch bipolare Störungen bedingt und sogar den eigentlichen Erkrankungsbeginn verdecken kann (z.B. Hambrecht und Häfner 1996). Bei der selten auftretenden Alkoholhalluzinose und dem alkoholischen Eifersuchtswahn scheint es sich weniger um eine latente schizophrene Erkrankung zu handeln, da familienanamnestisch keine schizophrenen Störungen vorliegen (Soyka 1996a). Differentialdiagnostische Kriterien zur Abgrenzung von drogeninduzierten und genuinen Psychosen wurden ausgearbeitet (z.B. Lungershausen 1984).

Modelle, die davon ausgehen, daß psychotrope Substanzen längerfristige psychische Störungen bedingen können, basieren auf der Katecholamin-Hypothese der schizophrenen oder bipolaren Störungen (Bunney und Davis 1965). Besondere Bedeutung hat die behaviorale Sensitivierung durch Substanzkonsum und Kindling-Prozesse, die wiederum durch elektrische Stimulation induziert werden kann. Beide Mechanismen können zur Entwicklung schizophrener oder bipolarer Störungen beitragen (Lieberman et al. 1990). Die prospektive Längsschnittstudie von Andréasson et al. (1989) belegte einen deutlichen Zusammenhang zwischen Cannabis-Konsum und dem späteren Auftreten einer schizophrenen Störung. Es können aber auch Selektionseffekte oder andere Faktoren (z.B. das Vorliegen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung) diesen Zusammenhang bedingen, zumal andere Studien keinen Zusammenhang zwischen spezifischen Substanzen und entsprechenden psychiatrischen Störungen fanden (z.B. Regier et al. 1990, Cuffel 1996, Mueser et al. 1998).

Andere Studien haben sekundäre psychische Störungen nach Substanzkonsum mit psychischen Störungen ohne Substanzkonsum verglichen und keine stabilen Unterschiede gefunden (Mueser et al. 1998). Nach den Studien von Bowers (1972a,b) haben Patienten mit längerfristigen Psychosen nach LSD-Konsum gegenüber schizophrenen Störungen ohne LSD-Konsum ein höheres prämorbid funktionelles Niveau und ein unterschiedliches Syndromprofil (weniger Negativsymptomatik). Dieses Beschwerdebild ist aber für Doppeldiagnosepatienten typisch (z.B. Dixon et al. 1991). Selektionseffekte können von Bedeutung sein, da sozial kompetentere Personen eher mit Drogen in Kontakt kommen und eine Abhängigkeit bzw. Sucht entwickeln können (Mueser et al. 1990). Erwähnenswert ist zudem, daß Patienten mit drogeninduzierten Psychosen und solchen mit ausschließlich psychotischen Störungen mehr Personen mit psychiatrischen Störungen in der Familienanamnese haben als Patienten, die nur unter Störungen des Substanzkonsums leiden (Bowers 1972a). Drogenkonsum trägt bei psychiatrischen Störungen zu einem früheren Erkrankungsbeginn bei (Mueser et al. 1990). Es bleibt aber unklar, ob Patienten mit drogeninduzierten Psychosen auch ohne den Substanzkonsum zu einem späteren Zeitpunkt eine psychiatrische Störung entwickelt hätten.

Psychiatrische Störungen und Störungen des Substanzkonsums beeinflussen sich gegenseitig im Sinne eines komplexen Wechselspiels

Nach diesem Modell interagieren die Krankheitsfaktoren beider Störungen zumeist in einem sich wechselseitig verstärkenden Feedbacksystem mit langfristiger negativer Wirkung (Zeiler 1992, Schwoon 1992). So kann z.B. eine Konsumabhängigkeit bzw. Störung in einem biologisch vulnerablen Menschen eine schizophrene Störung auslösen, die durch fortgeführten Substanzkonsum aufgrund sozial erlernter kognitiver Prozesse, wie Überzeugungen, Erwartungen und Motiven für Substanzkonsum aufrechterhalten wird (Graham 1998).

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß von den vorliegenden Modellen zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen psychiatrischen Störungen und Störungen des Substanzkonsums zwei ätiologische Modelle recht plausibel erscheinen: das Modell eines gemeinsamen Faktors, der für die Entwicklung beider Störungen prädisponiert, wobei die antisoziale Persönlichkeitsstörung von besonderer Bedeutung ist, sowie das Modell einer sekundären psychischen Störung nach dem Sensitivierungsmodell. Für eine gemeinsame genetische Vulnerabilität gibt es nur wenige empirische Befunde. Am schlechtesten evaluiert ist das Konzept der Selbstbehandlung, wengleich es indirekte Belege für das Konzept der Abschwächung dysphorischer Zustände und für das komplexe Modell der Risikofaktoren gibt.

Traditionelle Behandlungsansätze für Doppeldiagnosepatienten und ihre Probleme

In den USA. und anderen Ländern gab es seit vielen Jahren eine Trennung zwischen Einrichtungen zur Behandlung psychischer Störungen und solchen für Störungen des Substanzkonsums. Es lagen unterschiedliche Kriterien vor, um die entsprechende Behandlung in Anspruch nehmen zu können. Daher dominierten bis vor kurzem der sequentielle und der parallele Behandlungsansatz für Patienten mit Doppeldiagnosen, die beide mit einer Vielzahl von Problemen einhergehen.

Der sequentielle Ansatz ist eine allgemeine klinische Rechtfertigung für den Ausschluß von der Behandlung und weniger ein explizites Behandlungsmodell. Bei diesem Ansatz wird Patienten mit Doppeldiagnosen mitgeteilt, daß sie erst dann behandlungsberechtigt sind, wenn sie eins der beiden Probleme bewältigt haben. Dieser Ansatz verteidigt programmatische Grenzen und ignoriert dabei die Bedürfnisse einzelner und die größerer Gruppen. Patienten mit Doppeldiagnosen fallen in der Regel aus dem bestehenden Versorgungssystem heraus: Die meisten Einrichtungen, die sich auf die Behandlung von Suchtstörungen spezialisiert haben, schließen Patienten mit der Begleitdiagnose einer schweren psychischen Störung aus. Einrichtungen für die Behandlung schwerer psychischer Störungen lehnen wiederum diejenigen ab, die zusätzlich unter Suchtproblemen leiden (Schwoon 1992). So wird z.B. ein Patient mit einer schizophrenen Störung und Alkoholismus von einem Suchtberater informiert, daß sein Alkoholproblem erst dann angegangen werden kann, wenn die schizophrene Störung erfolgreich behandelt wurde oder sein Zustand stabil ist. Ein Patient, der unter einer bipolaren Störung und Suchtproblemen leidet und um Behandlung nachsucht, kann wiederum von einem ambulanten Psychiater informiert werden, daß es riskant ist, Medikamente für die bipolare Störung zu verschreiben, solange er den Alkoholkonsum nicht beendet. Da substanzgebundene Störungen selten spontan remittieren und sie den Verlauf der psychiatrischen Erkrankung verschlechtern können sowie die psychiatrische Störung das Suchtverhalten fördern kann (z.B. eine akute Manie kann zu vermehrtem Suchtverhalten beitragen), sind Bemühungen, erst die eine und dann die andere Störung zu behandeln, zum Scheitern verurteilt.

Bei dem parallelen Behandlungsansatz werden die psychiatrische sowie die Störung des Substanzkonsums gleichzeitig durch verschiedene Personen behandelt, die gewöhnlich in verschiedenen Einrichtungen arbeiten. In der Theorie sollten diese ihr Vorgehen durch regelmäßige Kontakte koordinieren und die wesentlichen Elemente des Behandlungsplans miteinander abstimmen. Jedoch gelingt diese Integrationsleistung in der Praxis zumeist nicht, und die Last der Integration liegt bei dem Patienten oder findet überhaupt nicht statt. Wenngleich viele Erklärungen für die geringe Integration der parallelen Behandlungsansätze angegeben werden können, liegt ein möglicher Grund in den verschiedenen Behandlungsphilosophien. Emotional belastende, konfrontierende Methoden sind z.B. in der Behandlung von Abhängigkeit und Sucht häufig, wohingegen sie in der Behandlung von schweren psychischen Störungen wie schizophrenen und bipolaren Erkrankungen allgemein als kontraindiziert gelten.

Zusätzlich zu den Problemen, die den sequentiellen und den parallelen Behandlungsansätzen inhärent sind, gibt es in der Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen oft finanzielle Hindernisse, die die Behandlung der einen oder der anderen Störung erschweren. Im allgemeinen vertrauen nicht-integrative Ansätze darauf, daß der Patient mit einer Doppeldiagnose beide Versorgungssysteme sowohl für den psychiatrischen Bereich als auch für den Suchtbereich in Anspruch nimmt. Jedoch fehlt vielen Betroffenen die Einsicht oder die Motivation, um eine oder beide Störungen behandeln zu lassen. Konsequenterweise gelingt es einigen Patienten mit Doppeldiagnosen, nur die Behandlung für eine Erkrankung in Anspruch zu nehmen, oder sie scheitern sogar gänzlich. Von den Professionellen wurde daher die umgangssprachliche Formulierung „durch die Versorgungsnetze der verfügbaren Dienste fallen“ für diejenigen geprägt, die für die jeweilige Form des Behandlungsangebotes nicht geeignet sind.

Gegen Ende der 80er hatten umfangreiche Übersichtsarbeiten diese und andere Probleme der traditionellen Behandlung für Doppeldiagnosepatienten dokumentiert (z.B. Ridgely et al. 1990). Die Prognose dieser Patienten ist sehr schlecht und ihre Behandlung im Rahmen der psychiatrischen Versorgung sehr kostenaufwendig (Dickey und Azeni 1996). Als diese Fakten zunehmend mehr Beachtung fanden, wurden neue Behandlungskonzepte entwickelt mit dem vorrangigen Ziel, beide Behandlungen zu integrieren und dadurch den längerfristigen Krankheitsverlauf zu verbessern (Drake et al. 1998a).

Aktuelle integrierte Behandlungsansätze für Patienten mit Doppeldiagnosen

Ein integriertes Behandlungskonzept liegt dann vor, wenn der Therapeut (oder ein Team von Therapeuten) sowohl die psychiatrische Erkrankung als auch die substanzgebundene Störung gleichzeitig behandelt. Dieser übernimmt die Verantwortung die Behandlung beider Störungen zu integrieren, so daß die jeweiligen Interventionen ausgewählt, modifiziert, mit ande-

ren kombiniert und auf den spezifischen Patienten zugeschnitten sind. Verschiedene integrierte Behandlungsansätze wurden in den letzten Jahren entwickelt, um den Bedürfnissen von Patienten mit Doppeldiagnosen gerecht zu werden (z.B. Drake et al. 1998a). Viele dieser Programme stimmen in ihrer Behandlungsphilosophie und ihren Interventionsstrategien überein. Ihre wesentlichen Elemente sind eine gemeindenahere Versorgung, eine komplexe, längerfristig angelegte, phasenbezogene Behandlung, die ggfs. pharmakotherapeutische Interventionen miteinschließt und die Beteiligung der Betroffenen an gemeinsamen Entscheidungsprozessen.

Gemeindenahere Versorgung

Bei Doppeldiagnosepatienten sind möglichst niederschwellige Therapieangebote notwendig, d.h. das Vorgehen paßt sich an die unmittelbaren Bedürfnisse und individuellen Ressourcen der Patienten an und es werden keine allzu hohen Anforderungen an sie gestellt (Schwoon und Krausz 1992). Um diese Patienten trotz ihrer erschwerten Lebensbedingungen, ihren kognitiven Beeinträchtigungen oder geringen Motivation in die Behandlung zu integrieren und „vorläufige“ Therapieziele wie eine Reduktion des Suchtverhaltens zu erzielen, gilt es die Patienten über gemeindenahere und weniger über stationäre Angebote zu erreichen. Ansonsten werden die Patienten nicht die integrierten Behandlungsangebote wahrnehmen, die für einen besseren Krankheitsverlauf von Bedeutung sind. Niederschwellige Therapieangebote sind auch hilfreich, um den Krankheitsverlauf dieser Patientengruppe zu beobachten und mehr Informationen über ihre soziale Situation und Integration zu erhalten.

Komplexität

Obwohl die integrierte Behandlung auf eine Reduktion des Substanzkonsums und abstinentes Verhalten zielt, reicht es normalerweise nicht aus, wenn die Betroffenen nur für wenige Tage abstinent sind. Vielmehr sollten sie lernen, längerfristig abstinent zu sein und zu bleiben. Dies erfordert Veränderungen in fast allen Lebensbereichen wie den Gewohnheiten, den Aktivitäten, den Erwartungen, dem sozialen Umfeld und dem Umgang mit persönlichen Belastungen. Patienten mit Doppeldiagnosen äußern zumeist viele Bedürfnisse wie Verbesserungen im familiären und sozialen Bereich, im Arbeits- und Freizeitbereich, in der Fähigkeit zu einer selbstständigen Lebensführung sowie der Fähigkeit, Angst und Depressionen zu bewältigen. Bewährte integrative Behandlungsansätze sind daher notwendigerweise komplex. Sie basieren auf der Annahme, daß der Genesungsprozeß unter Berücksichtigung dieser Bedürfnisse und den damit einhergehenden Lebensveränderungen längere Zeit dauert.

Tatsächlich umfaßt jede Behandlungsphase mehrere Interventionen. Noch bevor die Klienten ihren eigentlichen Substanzkonsum zugeben oder motiviert sind, ihren Alkohol- und Drogengebrauch zu reduzieren, können sie bereits in anderen

Bereichen Fortschritte erzielen. Diese machen sie hoffnungsvoller, was die Realisierung ihrer Ziele anbelangt und erleichtert ihre nachfolgenden Anstrengungen, abstinent zu werden. Um ein Leben ohne Alkohol und Drogen führen zu können, müssen sie lernen, Streß adaptiv zu bewältigen, sinnvollen Aktivitäten nachzugehen, ein konstruktives soziales Netz und Freundschaften aufzubauen und in einer stabilen Lebenssituation zu leben. Ansonsten wird es ihnen nur schwerlich gelingen, abstinent zu bleiben.

Gemeinsame Entscheidungsfindung

Das zentrale Ziel des integrativen Therapieansatzes ist, alle für die Behandlung wichtigen Personen an gemeinsamen Entscheidungsprozessen zu beteiligen. Die integrative Therapie basiert auf der Grundvoraussetzung, daß Menschen mit Doppeldiagnosen - wie auch Menschen mit anderen psychischen Störungen - den Verlauf ihrer Erkrankung aktiv mitgestalten können. Diese Philosophie hat Parallelen zu der derzeitigen Betonung der "Konsumentenorientierung", dem Konzept der Krankheitsbewältigung, dem Ansatz der Integration psychisch Kranker in die Gemeinde sowie der Bedeutung der Lebensqualität und der Rehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Störungen.

Das Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung berücksichtigt auch die wesentliche Bedeutung der Angehörigen psychisch Kranker, die oft den Patienten versorgen, ihn von vielen negativen Belastungen abschirmen und deshalb auch in den Entscheidungsprozeß miteinbezogen werden sollten. Bei mehreren medizinischen Erkrankungen haben gemeinsame Entscheidungsprozesse dazu beigetragen, daß die Patienten besser informiert, complianter und zufriedener mit der Behandlung sind und einen besseren Krankheitsverlauf haben (Wennberg 1991). Ähnliche Vorteile werden auch bei der Behandlung psychischer Störungen erwartet. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung setzt voraus, daß die Patienten und ihre Familien von den Behandelnden so gut wie möglich über die Erkrankung und ihre Behandlung informiert werden. Sie werden dadurch zu kompetenten Teilnehmern an dem Behandlungsprozeß und können besser Entscheidungen treffen. Gemeinsame Entscheidungsprozesse bei der Auswahl und Durchführung von Lösungsschritten für spezifische Probleme erhöhen die Chance, daß die Behandlungspläne eingehalten werden. Längerfristig werden die Patienten und ihre Familien zudem dazu befähigt, für ihre Anliegen einzutreten und mit Therapeuten zusammenzuarbeiten, damit schließlich der Patient mit einer Doppeldiagnose für das Erkennen und den Umgang mit seinen Erkrankungen Verantwortung übernimmt. Zudem sollte er die Familie als Ressource sozialer Unterstützung und die Therapeuten als Ressource spezifischer Beratungen und Behandlungen wahrnehmen. Die Patienten und die Familien sind mit der Behandlung zufrieden, da sie Neues lernen und sich verantwortlich fühlen für die Umsetzung von Behandlungsplänen, die sie verstehen und selbst gewählt haben. Der Prozeß der gemeinsamen Entscheidungsfindung basiert auf der Annahme, daß Wissenszuwachs, größere Auswahlmöglichkeiten in der Behandlung, mehr Verantwortung

im Umgang mit der Erkrankung und höhere Therapiezufriedenheit zu günstigeren Krankheitsverläufen beitragen. Diese sind durch eine deutliche Symptomverbesserung, ein höheres psychosoziales Funktionsniveau sowie eine höhere Lebensqualität charakterisiert.

Längerfristige Behandlung

Falls unbehandelt oder im Rahmen der traditionellen Versorgung, ist der längerfristige Krankheitsverlauf bei Doppeldiagnosen zumeist chronisch. Ergebnisse zu integrierten Therapieansätzen legen nahe, daß diese zu einer Abnahme des Substanzkonsums und günstigeren Krankheitsverläufen beitragen (Drake et al. 1998a). Es zeigt sich aber auch, daß integrative Therapieansätze bei den meisten Patienten nicht nach kurzer Zeit zu dramatischen Veränderungen führen, sondern sich die Patienten allmählich verbessern, und so bei etwa 10%-20% pro Jahr die Störungen des Substanzkonsums kontinuierlich abklingen (Drake et al., 1998). Diese Ergebnisse stimmen mit anderen Katamneseuntersuchungen zum Verlauf von Alkoholismus (Vaillent 1983) und zur Rehabilitation von schweren psychischen Störungen (Bellack und Mueser 1993) überein. Um ein abstinentes Leben führen zu können, bedarf es grundlegender Lebensveränderungen, die Monate bis Jahre dauern können. Diese beziehen sich auf den Aufbau von Fertigkeiten und von sozialer Unterstützung, um die eigene Krankheit zu bewältigen und mit den Aktivitäten und Beziehungen zufrieden zu sein. Die Annahme, daß die Genesung von zwei miteinander verzahnten Störungen schneller verläuft als die Behandlung von einer der beiden Störungen alleine, ist nicht sinnvoll.

Phasenbezogene Behandlung

Ein Hauptmerkmal der integrierten Behandlung ist das Modell der Behandlungsphasen. Schon seit längerem wird die These vertreten, daß die Veränderung von maladaptivem Verhalten über verschiedene Phasen verläuft (Osher und Kofoed 1989, Mahoney 1991). Diese unterscheiden sich im Hinblick auf die Motivationslage der Patienten, ihre Veränderungsbereitschaft und Zielorientierung sowie die Interventionen, die am ehesten wirksam sind. Das Erkennen der Behandlungsphasen kann für die Patienten hilfreich sein, um einzuschätzen, welche Interventionen zu einem bestimmten Zeitpunkt am ehesten erfolgreich sind.

Gestützt auf Beobachtungen des Krankheitsverlaufs von Menschen mit Doppeldiagnosen, haben Osher und Kofoed (1989) vier allgemeine Phasen beschrieben: den Aufbau einer Behandlungsallianz, die Phase der Überzeugung, die aktive Behandlung und die Rückfallprävention (s. Tabelle 1). Osher und Kofoed beobachteten, daß die meisten Patienten, die sich stabilisierten, jede Phase durchliefen (obwohl Rückfälle und Rückkehr zu früheren Phasen häufig waren). Jede der Phasen kann im Hinblick auf den Alkohol- oder Drogenkonsum des Patienten und seine Beziehung zu dem Behandelnden definiert werden. Nachdem man die Behandlungsphase des Patienten bestimmt hat, können angemessene Behandlungsziele

definiert werden. Die Behandelnden verfügen über eine Vielzahl unterschiedlicher Interventionen, die sie in jeder Phase einsetzen können, damit der Patient ein spezifisches Ziel erreicht. Die verschiedenen Phasen der Behandlung werden durch verhaltensbezogene Kriterien anhand einer Ratingskala operationalisiert, um die reliable Einschätzung der Behandelnden zu erleichtern (McHugo et al. 1995).

Im folgenden werden die jeweiligen Behandlungsphasen und ihre Ziele definiert sowie mögliche Interventionen zur Erreichung dieser Ziele beschrieben. Tabelle 1 faßt die Definitionen und Ziele jeder Phase zusammen und Tabelle 2 skizziert mögliche Interventionen zu jeder Phase. Nach einer Beschreibung der vier Phasen, wird die klinische Nützlichkeit dieses Konzeptes kurz hervorgehoben.

Tabelle 1: Phasen der Behandlung

Phase	Definition	Ziel
Aufbau einer Behandlungsallianz	Der Patient hat keine regelmäßigen Kontakte mit einem Arzt, Psychologen oder Sozialarbeiter	Aufbau einer Behandlungsallianz mit dem Patienten
Phase der Überzeugung	Der Patient hat regelmäßige Kontakte, aber er versucht nicht seinen Substanzkonsum zu reduzieren	Fördern der Einsicht, daß der Substanzkonsum ein Problem darstellt und Aufbau von Veränderungsmotivation
Aktive Behandlung	Der Patient ist motiviert den Substanzmißbrauch für wenigstens einen Monat, aber höchstens für sechs Monate zu reduzieren	Hilfen für einen weiteren Abbau des Substanzkonsums und - wenn möglich - Abstinenz
Rückfallprävention	Der Patient ist seit mindestens sechs Monaten abstinent oder hat keine Probleme mehr mit Alkohol oder Drogen	Sensibilisierung für mögliche Rückfälle und Ausweitung der Genesung auf andere Bereiche (z.B. soziale Beziehungen, Arbeit)

Tabelle 2: Mögliche Interventionen

<p>Aufbau einer Behandlungsallianz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niederschwellige gemeindenahе Therapieangebote - Praktische Unterstützung hinsichtlich der Wohnsituation, finanziellen Vergünstigungen, Verkehrsmittel, medizinischen Versorgung - Krisenintervention - Unterstützung und Hilfe beim Aufbau sozialer Netzwerke - Stabilisierung der psychiatrischen Symptome <p>Phase der Überzeugung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung der Betroffenen und der Familien - Ziel-Wert-Klärung - Teilnahme an Gruppen für Betroffene (z.B. „Überzeugungsgruppen“) - Training sozialer Fertigkeiten für Situationen, die nicht mit dem Substanzgebrauch in Zusammenhang stehen - Tagesstrukturierung durch Aktivitäten - Sammeln von konstruktiven sozialen und Freizeitaktivitäten - Psychologische Vorbereitung für Veränderungen des Lebensstils, die für die Stabilisierung eine notwendige Voraussetzung sind - Wohnen in „toleranten“ Einrichtungen (i.e. die einen gewissen Substanzabusus tolerieren) - Auswahl von Medikamenten zur Behandlung der psychiatrischen Störung, die eine sekundäre Wirkung auf das Craving und die Abhängigkeit haben können (z.B. selektive Serotonin-Reuptake-Hemmer, trizyklische Antidepressiva, atypische Neuroleptika, Buspirone, Bupropion) <p>Aktive Behandlungsphase</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemlösen in der Familie - Teilnahme an Gruppen für Betroffene (z.B. „aktive Behandlungsgruppen“) - Training sozialer Kompetenzen für Situationen, in denen es zu Suchtverhalten kommen kann - Selbsthilfegruppen (z.B. Anonyme Alkoholiker) - Individuelle kognitive Therapie - Alternative Aktivitäten (z.B. Arbeiten, Sport) - Pharmakologische Behandlung, um die Abstinenz zu unterstützen (z.B. Disulfiram, Naltrexone) - Sicheres Wohnen - Ambulante oder stationäre Entgiftung - Kontingenzmanagement <p>Rückfallprävention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geschützter Arbeitsplatz oder selbständiges Arbeiten - Teilnahme an Gruppen für Betroffene (z.B. aktive Behandlungsgruppen) - Selbsthilfegruppen - Training sozialer Kompetenzen in verschiedenen Lebensbereichen - Verbesserung des Lebensstils (z.B. Raucherentwöhnung, gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung, Streßmanagement) - Eigenständiges Wohnen
--

Aufbau einer Behandlungsallianz

In dieser Phase liegt zu Beginn keine tragfähige therapeutische Beziehung zwischen dem Patienten und dem Behandelnden vor. Der Therapeut kann dem Patienten aber nur im Rahmen einer tragfähigen Beziehung helfen, seinen Substanzkonsum zu verändern. Aus diesem Grund wird der Aufbau einer Behandlungsallianz angestrebt, die operational definiert wird als gemeinsame Gespräche auf freiwilliger Basis in regelmäßigen (zumindest wöchentlichen) Abständen. Patienten, die sich nicht aktiv behandeln lassen wollen, gehen oft nur unregelmäßig und sporadisch in die Behandlung und keine vertrauensvolle Beziehung mit einem einzelnen Therapeuten ein. Daher sind gemeindenaher, niederschwellige Angebote oft notwendig, um eine therapeutische Beziehung mit einem Patienten aufzubauen.

Diese Phase beginnt gewöhnlich mit praktischen Hilfen für die Ernährung, die Kleidung, die Unterkunft, den Unterhalt und, wenn erforderlich, mit Kriseninterventionen. Hierbei sind Einfühlungsvermögen und soziale Fertigkeiten erforderlich, um die Sprache des Patienten, seine Verhaltensweisen und seine unausgesprochenen Bedürfnisse zu verstehen, so daß sich Offenheit und Vertrauen entwickeln können. Zu Beginn dieser Phase spricht der Behandelnde gewöhnlich den Substanzkonsum nicht direkt an, sondern konzentriert sich statt dessen darauf, die Welt des Patienten zu verstehen und eine Beziehung aufzubauen, die später als Grundlage für den Abbau des Substanzkonsums dienen kann. Voreilige Bemühungen, den Patienten zur Abstinenz zu veranlassen, sind oft nicht erfolgreich, da der Patient eine entsprechende Motivation, spezifische Fertigkeiten und Hilfen erst aufbauen muß, um ein abstinentes Leben führen zu können. Am Ende dieser Phase sollte es aufgrund der therapeutischen Allianz möglich sein, mit dem Klienten über seinen Substanzkonsum und die Symptome seiner psychischen Erkrankung zu sprechen, was die Überzeugungsarbeit in der folgenden Phase erleichtert.

Phase der Überzeugung

Nachdem regelmäßige Kontakte stattfinden und eine therapeutische Beziehung aufgebaut wurde, geben viele Patienten immer noch nicht zu, daß ihr Substanzkonsum negative Auswirkungen hat, und sie versuchen auch nicht, ihr Verhalten zu verändern. Sie werden daher als nicht motiviert eingeschätzt und befinden sich in der Phase der Überzeugung. Diese Phase soll dem Patienten zur Einsicht verhelfen, daß sein Substanzkonsum ein Problem darstellt und ihm Zuversicht vermitteln, daß sein Leben ohne Substanzkonsum besser verlaufen wird. Sie soll ihn in seinem Bemühen unterstützen, die nötigen Verhaltensweisen zu verändern. Im Gegensatz zu der nächsten Phase, der aktiven Behandlung, erfolgen keine direktiven Hilfen zum Erwerb sozialer Kompetenzen und zur Abnahme des Substanzkonsums.

Verschiedene Strategien können verwandt werden, um dem Patienten zur Einsicht in sein Problemverhalten zu verhelfen. Häufig klingen akute psychiatrische Symptome ab, sobald sich der Patient einer konsequenten Suchtberatung un-

terzieht. Patienten und Familienmitglieder profitieren oft von der Aufklärung über die psychiatrische Krankheit, den Substanzkonsum, über die Interaktionen zwischen der psychiatrischen Krankheit und den jeweiligen Substanzen und die Behandlungsrichtlinien. Eine individuelle Beratung hilft den Patienten, ihre Motive zu analysieren sowie ihre persönlichen Ziele zu erkennen und gewahrt zu werden, wie der Substanzkonsum das Erreichen ihrer Ziele verhindert (Miller und Rollnick 1991). Die Gruppentherapien helfen vielen Patienten Motivation aufzubauen, um Probleme des Substanzkonsums anzugehen (Mueser und Noordsy 1996). Die Gruppen, in denen Überzeugungsarbeit geleistet wird, bieten ein offenes Forum an, in dem die Patienten sowohl ihre positiven als auch ihre negativen Erfahrungen mit Alkohol und Drogen mit anderen diskutieren können. In der Phase der Überzeugung werden häufig Familieninterventionen durchgeführt und der Fokus liegt auf für die Gesundheit förderlichen Freizeit- und sozialen Aktivitäten.

Zwangsmaßnahmen wie Zwangseinweisung, Vormundschaft, oder Auflagen zur ambulanten Behandlung sind manchmal notwendig, um den gefährdeten Patienten mit einer Doppel-diagnose zu stabilisieren. Es ist wichtig zu erkennen, daß Zwangsmaßnahmen und Kontrollmaßnahmen, z.B. zur Medikamenteneinnahme, nicht die eigentliche Behandlung ausmachen und den Patienten im bestmöglichen Fall auf dem gleichen medizinischen Niveau halten (O' Keefe et al. 1997). Ein besserer Zugang zu dem Patienten und eine Stabilisierung der psychiatrischen Symptomatik stellen die günstigsten Aspekte von unfreiwilligen Maßnahmen dar. Damit der Patient in der Phase der Überzeugung Fortschritte macht, muß der Behandelnde die therapeutische Allianz weiter ausbauen und den Motivationsaufbau fortsetzen.

Der Begriff der Überzeugung ist manchmal irreführend. Das Wesentliche der Überzeugungsphase ist, daß die Patienten befähigt werden, die Einsicht, den Mut und den Wunsch zu haben, ihren Substanzkonsum zu verändern, und nicht, daß sie durch das Einführen von Verhaltenskontrollen zur Abstinenz gezwungen werden. Die Motivation für die Abstinenz muß vom Patienten selbst kommen und nicht von dem Behandelnden oder von der Familie. Dieser Unterschied wird oft mißverstanden und führt oft zu Frustrationen auf Seiten der Behandelnden. Diese Einsicht, daß die Motivation vom Patienten kommen muß, hilft dem Therapeuten zu erkennen, daß viele andere wichtige Veränderungen während der Überzeugungsphase auftreten können. So ist es z.B. möglich, soziale Fertigkeiten und Beziehungen und das Aktivitätsniveau zu verbessern, bevor der Patient seinen Wunsch nach Abstinenz zum Ausdruck gebracht hat. Diese Veränderungen sind für den Motivationsaufbau und für den Patienten wichtig, damit er längerfristig einen abstinenten Lebensstil entwickeln kann. Es ist somit wesentlich, den Patienten zu befähigen, die für seine Gesundheit förderlichen Veränderungen zu machen ("Empowerment") und weniger ihn mit Zwangsmaßnahmen zu Verhaltensänderungen zu bewegen

Aktive Behandlung

In der Phase der aktiven Behandlung wird der Patient als motiviert eingeschätzt, seinen Substanzkonsum zu reduzieren. Der Patient kommt in die Phase der aktiven Behandlung, wenn er seinen Substanzkonsum für mehr als einen Monat deutlich reduziert hatte und er motiviert wirkt, dieses Verhalten beizubehalten oder den Substanzkonsum noch weiter zu reduzieren. Diese Phase zielt auf den Abbau negativer Auswirkungen des Substanzkonsums und auf längerfristige Abstinenz. Wenngleich Forschungsergebnisse belegen, daß abstinentes Verhalten dem gelegentlichem oder kontrollierten Substanzkonsum (Drake et al. 1998) überlegen ist, muß die Entscheidung, abstinente zu bleiben, vom Patienten kommen.

Zu den möglichen Interventionen dieser Phase gehört die traditionelle Rehabilitationsdyade mit dem Aufbau sozialer Fertigkeiten und der Verbesserung sozialer Beziehungen, die in verschiedenen Settings realisiert werden kann. Die individuelle Beratung umfaßt verhaltenstherapeutische Interventionen mit dem Ziel abstinentes Verhalten zu erhöhen und soziale Netzwerke zu stärken, die wiederum abstinentes Verhalten unterstützen können (Monti et al. 1989). Aktive Behandlungsgruppen und Gruppen zum Aufbau sozialer Fertigkeiten können den Patienten helfen ihr Suchtverhalten zu reduzieren, indem sie Bewältigungsstrategien für den Umgang mit rückfallgefährdenden Situationen erlernen oder Kompensationsmechanismen zur alternativen Befriedigung ihrer Bedürfnisse entwickeln (Mueser und Noordsy 1996).

Für die Patienten, die Abstinenz anstreben, können Selbsthilfegruppen wie die Anonymen Alkoholiker hilfreich sein, da diese Gruppen in den meisten Gemeinden anzutreffen sind. Die Patienten schließen sich oft recht bereitwillig Selbsthilfegruppen an, die für Doppeldiagnose-Patienten zugeschnitten sind (z.B. in den Staaten: „Double-Trouble“ oder „Dual Recovery“). Durch das gemeinsame Problemlösen in der Familie können verschiedene Ziele angegangen werden wie das Erkennen der möglichen Auslöser des Substanzkonsums, eine Anleitung des Patienten zu alternativen Aktivitäten, Strukturierungshilfen für den Tagesablauf, um Gelegenheiten für den Substanzkonsum zu verringern und den Einsatz von Verstärkern vorzunehmen, nachdem die angestrebten Ziele erreicht worden sind. Kontingenz-Management durch finanzielle Anreize bei Unterlassen des Suchtverhaltens (Shaner et al. 1997) kann nützlich sein, damit der Patient sein Suchtverhalten reduziert und er die positiven Vorteile der Nüchternheit erfährt.

Wenngleich das explizite Ziel dieser Phase die Reduktion des Substanzkonsums ist, erkennen die Therapeuten, daß es mehr bedarf als das bloße Vermeiden der jeweiligen Substanzen, um die Verhaltensänderungen beizubehalten. Vielmehr müssen Veränderungen des Lebensstils erfolgen, die vorher unter dem Stichwort „Komplexität“ beschrieben wurden. Die Interventionen sollten daher auf die wesentlichen Veränderungen fokussieren, die nötig sind, um einen zum Substanzkonsum alternativen Lebensstil zu führen. Die Behandelnden versuchen, die Einsicht des Patienten und seine Motivation zu fördern, damit er diese Veränderungen in Angriff nehmen

kann. Es wird festgelegt, welche Bereiche während der aktiven Behandlung angesprochen werden und welche für die weiterführende Arbeit aufgespart bleiben.

Rückfälle oder Ausrutscher in das Suchtverhalten sind häufig in der aktiven Behandlungsphase. Die Rückfälle werden aber nicht als Versagen, sondern eher als ein Aspekt einer chronischen Erkrankung gesehen. Sie werden als Chance gewertet, mehr darüber zu erfahren, was der einzelne bedarf, um erfolgreich abstinent zu bleiben. Der Patient und der Behandelnde analysieren das Geschehen in allen Einzelheiten und gewinnen dadurch Informationen über die Auslöser des Rückfalls und die Verhaltenskette, die zum Suchtverhalten führte. Die jeweiligen Interventionen der Behandlung werden genau auf diese Informationen abgestimmt. Sie dienen auch als Grundlage, um die neuen Bereiche eines veränderten Lebensstils zu erkennen, die es zu beachten gilt.

Bei einem längerfristigem Rückfall sollte der Behandelnde erneut die Phase der Überzeugung aufgreifen und erst dann wieder mit der Phase der aktiven Behandlung beginnen, wenn er erneut zu einer Substanzreduktion oder abstinentem Verhalten motiviert erscheint. Während der aktiven Behandlungsphase werden sich viele Patienten eher für eine Reduktion des Substanzkonsums als für abstinentes Verhalten entscheiden. Dieses Vorgehen ist zumeist nicht geeignet, die Situation des Patienten zu stabilisieren. Diese Erfahrung kann aber für den längerfristigen Stabilisierungsprozeß hilfreich sein, da der Patient aufgrund seiner Erfahrungen lernt, daß der kontrollierte Alkohol- oder Drogenkonsum nicht durchführbar ist, und ihn dies nunmehr zur Abstinenz motivieren kann.

Rückfallprävention

Nach einer mindestens sechsmonatigen Reduktion seines Substanzkonsums oder sogar Abstinenz hat der Patient die Phase der Rückfallprävention erreicht. In der Phase der Rückfallprävention soll dem Patienten seine weiterhin bestehende Rückfallgefährdung bewußt gemacht, mögliche Reaktionen auf einen Rückfall vorbereitet und die Funktionsfähigkeit in anderen Lebensbereiche (wie soziale Beziehungen, Arbeit und Gesundheit) trainiert werden. Nach längerer Abstinenz glauben Patienten oft, daß sie zu kontrolliertem Substanzkonsum fähig sind. Dies ist meistens eine Fehleinschätzung, da nur wenige Patienten mit schweren psychischen Störungen zu kontrolliertem Alkohol- oder Drogenkonsum ohne negative Auswirkungen in der Lage sind (Ziedonis et al. 1992). Der Patient sollte daher seine weiterhin erhöhte Rückfallgefährdung realisieren und Kontrollstrategien entwickeln. Wie in anderen Behandlungsphasen ist die Entscheidung des Patienten, wie diese Ziele verwirklicht werden, von größter Bedeutung. Die Patienten werden an Selbsthilfe- oder Doppeldiagnosegruppen teilnehmen oder eng mit den Behandelnden zusammenarbeiten oder andere gemeindenahere soziale Netzwerke nutzen.

Das Hauptziel dieser Phase ist es, einen sinnvollen Gesundungsprozeß einzuleiten. Weniger die Aufgabe des Substanzkonsums als vielmehr der Aufbau eines gesunden Lebens steht

zunehmend im Mittelpunkt der Behandlung. Nach mehr als sechs Monaten Abstinenz wird es zunehmend wichtig, dem Patienten zu helfen, Ziele in anderen Lebensbereichen zu erreichen. Je mehr die Patienten, normative Aktivitäten wie Arbeit, soziale Beziehungen und Freizeitverhalten als befriedigend erleben, desto weniger sind sie rückfallgefährdet. Daher werden Interventionen wie die Vermittlung geschützter Arbeitsplätze und das Training sozialer Fertigkeiten durchgeführt, um den Patienten beim Erreichen dieser Ziele zu helfen.

Zur gleichen Zeit ist die Vorbereitung auf einen möglichen Rückfall eine wichtige Strategie während der Rückfallprävention. Der Patient sollte lernen, wie er den Rückfall akzeptieren und sich wieder direkt um abstinenteres Verhalten bemühen kann, anstatt sich entmutigen zu lassen und sich einem anhaltenden Rückfall zu ergeben. Aufklärung und Wissen über den längerfristigen Prozeß der Stabilisierung können hilfreich sein, um sich für den Rückfall zu rüsten.

Klinische Nützlichkeit der Behandlungsphasen

Der wichtigste Aspekt des Phasenmodells ist, daß es dem Behandelnden hilft, angemessene Ziele und Strategien zu einem spezifischen Zeitpunkt der Behandlung zu erkennen. Wenn z.B. der Behandelnde versucht, einem Patienten zu der Einsicht zu verhelfen, daß sein Suchtverhalten destruktiv ist (ein Ziel in der Überzeugungsphase), bevor eine therapeutische Beziehung mit dem Patienten etabliert wurde (Phase des Aufbau der Behandlungsallianz), wird er den Patienten, ohne es zu wollen, verlieren. Oder wenn der Behandelnde versucht, den Patienten zu einer Reduktion seines Suchtverhaltens zu motivieren (ein Ziel der aktiven Behandlungsphase), bevor der Patient sein Verhalten als Problem wahrnimmt (Phase der Überzeugung), kann der Patient enttäuscht reagieren und überzeugt sein, daß der Behandelnde ihn nicht wirklich „versteht“, und der Behandlung fernbleiben. Wenn man die Phasen der Behandlung beachtet, ist eine optimale zeitliche Abstimmung der Interventionen auf den gegenwärtigen motivationalen Zustand des Patienten gewährleistet.

Psychopharmakotherapie

Die pharmakologische Behandlung der psychiatrischen Erkrankung sowie des Substanzmißbrauchs sollten mit den psychosozialen Interventionen abgestimmt werden. Wenn bei schweren psychischen Störungen nicht die notwendigen Medikamente oder in zu geringer Dosierung verabreicht werden, kann dies zu Verschlechterungen der psychiatrischen Symptomatik und/oder zu erneutem Suchtverhalten führen. Aufgrund des möglichen Risikos des Medikamentenmißbrauchs und der Interaktion zwischen Psychopharmaka und Drogen ist Vorsicht bei der Verordnung von stimulierenden Medikamenten geboten. Wegen der hohen Non-Compliance der Patienten mit Doppeldiagnosen ist es zudem wichtig, die Medikamenteneinnahme in der ambulanten Behandlung engmaschig zu kontrollieren.

Das „Center for Substance Abuse Treatment“ (1994) hat verschiedene Richtlinien für eine integrierte psychopharmakologische und psychosoziale Behandlung erarbeitet.

1. Weniger schwerwiegende Symptome (z.B. Ängstlichkeit, leicht ausgeprägte Depression) werden zu Beginn ohne Medikamente behandelt. Wenn dies nicht ausreicht, wird mit einer medikamentösen Behandlung begonnen. Akute und ausgeprägte Symptome der Manie, der psychotischen Depression und der schizophrenen Störung erfordern eine sofortige medikamentöse Behandlung.
2. Medikamente mit einem geringen Suchtpotential sind zu bevorzugen. Von dieser Regel kann abgewichen werden, wenn aufgrund akuter und ausgeprägter Symptome Handlungsbedarf besteht.
3. Spezifische Interaktionen zwischen Substanzen des Mißbrauchs (z.B. Drogen) oder Entzugserscheinungen und Wirkungen der Pharmaka sind zu beachten. So können z.B. Alkoholintoxikationen und Entzug den Elektrolythaushalt beeinträchtigen und den Lithiumspiegel beeinflussen.

Spezifische pharmakotherapeutische Ansätze für Doppeldiagnosepatienten werden erst in jüngster Zeit entwickelt. Zwei nicht-experimentelle Untersuchungen legen nahe, daß bei Patienten mit Doppeldiagnosen und schizophrenen Störungen das Clozapin anderen Neuroleptika überlegen ist und eine spezifische Wirkung auf den Substanzkonsum hat (Drake et al. 1999, Zimmet et al., im Druck). Eine kontrollierte Studie zeigte, daß Patienten mit schizophrenen Störungen und Kokainmißbrauch unter einer zusätzlichen Behandlung mit Desipramin besser abschnitten (Ziedonis et al. 1992).

Soyka (1996b) unterscheidet in seinen Behandlungsrichtlinien für Patienten mit Doppeldiagnosen die Phasen der Entgiftung, der antipsychotischen Behandlung und der Rückfallprophylaxe. Zur Entgiftung werden Benzodiazepine und möglicherweise Carbamazepin empfohlen. Es gibt nur wenige Unterschiede zur Behandlung von Abhängigkeits- und Suchtstörungen, ausgenommen die höhere Dosierung der jeweiligen Medikamente bei einigen Patienten mit multiplem Substanzkonsum.

In der anfänglichen Behandlung der psychotischen Störung sollten hochpotente Neuroleptika mit geringen anticholinergen Nebenwirkungen (z.B. Haldol) eingesetzt werden, die sich üblicherweise von der Dosierung bei schizophrenen Störungen nicht unterscheiden. Medikamente mit anticholinergen Wirkungen wie trizyklische Antidepressiva sind wegen der Gefahr möglicher Interaktionen, Krampfanfälle oder Delirien zu vermeiden. In der Langzeitbehandlung können Depot-Neuroleptika die Compliance verbessern. Da bei Patienten mit Doppeldiagnosen besonders leicht tardive Dyskinesien auftreten können, ist Clozapin eine mögliche Alternative zu den klassischen Neuroleptika. Antiparkinson-Mittel und Antidepressiva sollten auch in Erwägung gezogen werden.

Einige Untersuchungen sprechen dafür, daß Flupentixol (nicht in den USA erhältlich) möglicherweise sowohl für die Behandlung der Psychose als auch des Craving nach Alkohol oder Drogen geeignet ist. Disulfiram sollte aufgrund des hohen Risikos einer erneuten psychotischen Exazerbation bei der Rückfallprophylaxe gemieden werden. Methadon oder spezifische Anticraving-Substanzen können bei einigen Patienten eingesetzt werden.

Untersuchungen zu integrierten Behandlungsansätzen

Integrierte Behandlungsansätze für Patienten mit Doppeldiagnosen haben sich in den letzten zehn Jahren vermehrt etabliert, und die Effektivität dieses Vorgehens wurde verstärkt wissenschaftlich untersucht. Derzeit liegen 36 Studien vor, die unterschiedlichen Forschungskriterien genügen (Drake et al. 1998a). Studien zu integrierten Behandlungsansätzen basieren auf Prä- und Posterhebungen, quasi-experimentellen Kontrollgruppen oder kontrollierten Studien. Wenngleich die angewandten Forschungsmethoden begrenzt und viele Therapien recht kurz in ihrer Durchführung waren, zeichnen sich verschiedene Trends ab. Erstens belegen die Untersuchungen, daß es gelingt, die überwiegende Mehrzahl der Patienten mit Doppeldiagnosen in die integrierte Behandlung einzuschließen und sogar für ein Jahr oder länger (z.B. Detrick und Siepock 1992, Drake et al. 1993, Goodley et al. 1994, Meisler et al. 1997). Zweitens war das Suchtverhalten der Patienten, die an integrierten Behandlungsprogrammen teilnahmen, im Vergleich zu Patienten im üblichen Behandlungssetting deutlich verbessert (z.B. Godley et al. 1994, Drake et al. 1997). Drittens zeigten kurze, intensive Interventionen und solche, die nicht den Motivationsaufbau ausdrücklich berücksichtigten, schlechtere Ergebnisse (z.B. Hellerstein et al. 1995).

Erst kürzlich durchgeführte kontrollierte Studien zu integrierten Therapiekonzepten wurden mit adäquaten Kontrollgruppen durchgeführt und die Katamnesen erstrecken sich über längere Zeiträume (z.B. 1,5 bis 3 Jahre). Die Ergebnisse dieser Untersuchungen bestätigen erneut die Effektivität integrierter Behandlungsprogramme (Drake et al. 1998a). Untersuchungen zu integrierten Therapieansätzen über einen Zeitraum von mehreren Jahren zeigen eine kontinuierliche allmähliche Verbesserung des Substanzkonsums und der Abstinenz bei Patienten mit Doppeldiagnosen. Die meisten Untersuchungen zu traditionellen (parallelen oder sequentiellen) Behandlungsansätzen für Patienten mit Doppeldiagnosen weisen eine stabile jährliche Remissionsrate von weniger als 5% auf. Im Vergleich hierzu zeigen aktuelle Untersuchungen zur integrierten Therapie signifikant höhere Remissionsraten, wobei 10-20% der Patienten pro Jahr stabil remittieren. Diese Remissionsraten entsprechen in etwa denen von Patienten mit Suchtstörungen, die wegen ihrer Sucht behandelt werden und unter keinen zusätzlichen psychischen Störungen leiden. Dies legt nahe, daß die integrierte Behandlung die negativen Auswirkungen der psychischen Störung auf eine Besserung des Suchtverhaltens eliminiert. Die Untersuchungen belegen nach Reduktion des Substanzkonsums eine Vielzahl positiver Ver-

änderungen in anderen Bereichen einhergeht, wie Verbesserungen der sozialen Integration in der Gemeinde, Abnahme von Situationen, in denen es zu Schädigungen und persönlichen Übergriffen kommt, und Verbesserung der Lebenszufriedenheit (Drake et al. 1998b).

Zusammenfassung und Empfehlungen

Die Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen hat sich in den letzten 20 Jahren erheblich weiterentwickelt, und es zeichnen sich weitere Fortschritte auf diesem sich neu etablierenden Gebiet ab. Aufgrund der neueren Erkenntnisse gibt es mehrere praktische Anregungen für Therapeuten, die Patienten mit Doppeldiagnosen behandeln.

Erstens, die Behandelnden sollten sich der hohen Prävalenz der Abhängigkeit und Suchtstörungen bei Patienten mit schweren psychischen Störungen bewußt sein. Diese können aktuell nicht manifest sein, aber zu jeder Zeit erneut auftreten. Daher sollten Störungen des Substanzkonsums fortlaufend diagnostiziert werden. Um Doppeldiagnosen zu erkennen, sollten die Behandelnden die häufigen Konsequenzen des Substanzkonsums bei Patienten mit schweren psychischen Störungen kennen, wie Rückfälle und Rehospitalisierungen, rechtliche Probleme, familiäre Konflikte, Nicht-Seßhaftigkeit, finanzielle Probleme, Suizidalität und Gewalttätigkeit. Infolge der biologischen Vulnerabilität, die wahrscheinlich die Grundlage für schwere psychische Störungen ist, kann selbst nur geringer Substanzkonsum bei diesen Patienten zu negativen Konsequenzen führen.

Zweitens, die Behandelnden sollten sich darum bemühen, eine integrierte Behandlung für psychische Störungen und Störungen des Substanzkonsums bei Patienten mit Doppeldiagnosen anzubieten. Von grundlegender Bedeutung ist bei der integrierten Behandlung, daß der Behandelnde oder das Behandlungsteam beide Störungen gleichzeitig behandelt und die möglichen Interaktionen zwischen beiden Störungen berücksichtigt. Der Behandelnde, nicht der Patient übernimmt die Verantwortung, die Behandlungsansätze zu integrieren. Bei entsprechender Kompetenz ist so eine Integration sehr gut möglich.

Drittens, für eine effiziente Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen sollten verschiedene zentrale Aspekte beachtet werden. Hierzu zählen ein möglichst gemeindenaher Zugang zu Behandlungsangeboten, ein komplexer Behandlungsansatz (i.e. das Ansprechen von verschiedenen Bereichen wie Arbeit, Wohnsituation und sozialen Beziehungen), eine gemeinsame Entscheidungsfindung (mit Einbezug der Patienten, Familien und anderen wichtigen Bezugspersonen), pharmakotherapeutische Interventionen, um schizophrene und depressive Störungen und ggf. Suchtverhalten zu behandeln, und eine längerfristig angelegte Behandlung (i.e. Jahre und wenige Monate). Der Erfolg einer integrierten Behandlung beruht auf der Verbindung dieser Basiskomponenten.

Viertens, integrierte Behandlungsansätze, die auf dem Phasenmodell der Behandlung (Aufbau einer Behandlungsalianz,

Überzeugungsphase, aktive Behandlung und Rückfallprävention) basieren, ermöglichen eine optimale zeitliche Abstimmung der Interventionen mit der jeweiligen Motivationslage des Patienten.

Die vier Phasen der Behandlung werden auf der Verhaltensebene über den Substanzkonsum des Patienten bestimmt und jede Phase hat ein spezifisches therapeutisches Ziel, das über verschiedene Interventionen erreicht werden kann.

Die Lebensbedingungen von Patienten mit Doppeldiagnose sind oft sehr schlecht. Diese Patienten beeinträchtigen ihre sozialen Beziehungen, und es ist eine Herausforderung und manchmal auch eine Enttäuschung, sie zu behandeln. Da sich jedoch das Vorgehen der integrierten Behandlung während der letzten zehn Jahre weiterentwickelt hat, haben sich die Chancen der Patienten verbessert. Viele von ihnen können einen positiven Verlauf nehmen und eine günstige Prognose haben, wenn engagierte Behandelnde sich gemeinsam bemühen. Sowohl die Forschung als auch die klinischen Erfahrungen sprechen dafür, daß die integrierte Behandlung einen wertvollen Ansatz darstellt, damit Patienten mit Doppeldiagnosen einen günstigeren Lebensstil entwickeln und persönlich wertvolle Ziele erreichen können.

Anmerkung: Übersetzt von Dr. Annette Schaub, Psychiatrische Klinik der LMU München

Literaturverzeichnis

- Addington J, Duchak V: Reasons for substance use in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:329-333.
- Alterman AI, Cacciola JS: The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: Problems and issues. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:401-409.
- Andréasson S, Allebeck P, Rydberg U: Schizophrenia in users and nonusers of cannabis: A longitudinal study in Stockholm County. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:505-510.
- Bachmann KH, Moggi F, Wittig R, Donati R, Brodbeck J: Doppeldiagnosepatienten (Schizophrenie und Sucht). In: Böker W, Brenner HD (ed.): *Behandlung schizophrener Psychosen*. Stuttgart, Enke 1997, 257-268.
- Barry KL, Fleming MF, Greenley JR, Kropp S, Widlak P: Characteristics of persons with severe mental illness and substance abuse in rural areas. *Psychiatric Services* 1996;46:88-90.
- Bartels SJ, Drake RE: Depressive symptoms in schizophrenia: Comprehensive differential diagnosis. *Comprehensive Psychiatry* 1988;29:467-483.
- Bartels SJ, Drake RE, Wallach MA: Long-term course of substance use disorders among patients with severe mental illness. *Psychiatric Services* 1995;46:248-51.
- Bellack AS, Mueser KT: Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993;19:317-36.
- Berkson J: Limitations of the application of four-tables to hospital data. *Biological Bulletin* 1949;2:47-53.
- Bidaut-Russell M, Bradford SE, Smith EM: Prevalence of mental illnesses in adult offspring of alcoholic mothers. *Drug and Alcohol Dependence* 1994;35:81-90.
- Birchwood M, Mason R, MacMillan F, Healy J: Depression, demoralization and control over psychotic illness: A comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychol Med* 1993;23:387-395.
- Bowers MB: Acute psychosis induced by psychotomimetic drug abuse: I. Clinical findings. *Arch Gen Psychiatry* 1972a;27:437-440.
- Bowers MB: Acute psychosis induced by psychotomimetic drug abuse: II. Neurochemical findings. *Arch Gen Psychiatry* 1972b;27:440-442.
- Bunney WE, Davis J: Norepinephrine in depressive reactions. *Arch Gen Psychiatry* 1965;13:483-494.
- Caton CLM, Shrout PE, Eagle PF, Opler LA, Felix A, Dominguez B: Risk factors for homelessness among schizophrenic men: A case-control study. *Am J Public Health* 1994;84:265-270.
- Center for Substance Abuse Treatment: Assessment and treatment of patients with coexisting mental illness and alcohol and other drug abuse. Treatment improvement protocol (TIP) series 9. Rockville, MD, U.S. Department of Public Health, 1994.
- Cuffel BJ: Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlations. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:589-592.
- Cuffel BJ: Comorbid substance use disorder: Prevalence, patterns of use, and course. In: Drake RE, Mueser KT (eds.): *Dual diagnosis of major mental illness and substance abuse, Vol. 2: Recent research and clinical implications*. New Dir Ment Health Serv 1996;70:93-105.
- Cuffel BJ, Chase P: Remission and relapse of substance use disorder in schizophrenia: Results from a one-year prospective study. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:342-8.
- Detrick A, Siepock V: Treating persons with mental illness, substance abuse, and legal problems: The Rhode Island experience. In: Stein LI (ed.): *Innovative Community Mental Health Programs*. New Dir Ment Health Serv 1992;56:65-77.
- Dickey B, Azeni H: Persons with dual diagnoses of substance abuse and major mental illness: Their excess costs of psychiatric care. *Am J Public Health* 1996;86:973-7.
- Dingemans PMAJ, Lenior AJ, Linszen DH: Personality and schizophrenic relapse. *Internat Clin Psychopharmacol* 1998;13(Suppl 1):89-95.
- Dixon L, Haas G, Weiden P, Sweeney J, Frances A: Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients: Clinical observations and patients' self reports. *Schiz Bull* 1990;16:69-79.
- Dixon L, Haas G, Weiden P, Sweeney J, Frances A: Drug abuse in schizophrenic patients: Clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry* 1991;148:224-230.
- Dixon L, McNary S, Lehman A: Substance abuse and family relationships of persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 1995;152:456-8.
- Drake RE, Brunette MF: Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorders. In: Galanter M. *Recent developments in alcoholism, Vol. 24: The consequences of alcohol*. New York: Plenum 1998a, 285-299.
- Drake RE, Wallach MA: Moderate drinking among people with severe mental illness. *Hosp Community Psychiatry* 1994;44:780-2.
- Drake RE, McHugo GJ, Noordsy DL: Treatment of alcoholism among schizophrenic outpatients: 4-year-outcomes. *Am J Psychiatry* 1993;150:328-329.

- Drake RE, McHugo GJ, Xie H, Teague GB, Mueser KT, Vaillant GE: The five-year course of treated substance use disorder in patients with severe mental illness. Manuscript submitted for publication, 1998b
- Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR: A review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull* 1998a;24:589-608.
- Drake RE, Mueser KT, Clark RE, Wallach MA: The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *Am J Orthopsychiatry* 1996;66:42-51.
- Drake RE, Osher FC, Wallach MA: Alcohol use and abuse in schizophrenia: A prospective community study. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:408-414.
- Drake RE, Osher FC, Noordsy DL, Hurlbut SC, Teague GB, Beaudett MS: Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990;16:57-67.
- Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Green AI: The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1999
- Drake RE, Yovetich NA, Bebout RR, Harris M, McHugo GJ: Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:298-305.
- Galanter M, Castaneda R, Ferman J: Substance abuse among general psychiatric patients. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1988;14:211-35.
- Godley SH, Hoewing-Roberson R, Godley MD. Final MISA Report. Bloomington IL, Lighthouse Institute 1994
- Graham HL: The role of dysfunctional beliefs in individuals who experience psychosis and use substances: Implications for cognitive therapy and medication adherence. *Behav Cog Psychother* 1998;26:193-207.
- Hambrecht M, Häfner H: Führen Alkohol- oder Drogenmißbrauch zu Schizophrenie. *Nervenarzt* 1996;67:36-45.
- Hellerstein DJ, Rosenthal RN, Miner CR: A prospective study of integrated outpatient treatment for substance-abusing schizophrenic patients. *Am J Addict* 1995;4:33-42.
- Jackson HJ, Whiteside HL, Bates GW, Rudd RP, Edwards J: Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1991;83:206-213.
- Kendler KS: A twin study of individuals with both schizophrenia and alcoholism. *Br J Psychiatry* 1985;147:48-53.
- Khantzian EJ: The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985;142:1259-1264.
- Khantzian EJ: The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Rev Psychiatry* 1997;4:231-244.
- Koefed L, Kania J, Walsh T, Atkinson RM: Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1986;42:948-9.
- Kosten TR, Ziedonis DM: Substance abuse and schizophrenia: Editor's introduction. *Schizophr Bull* 1997;23:181-186.
- Kozaric-Kovacic D, Folnegovic-Smalc V, Folnegovic Z, Marusic A: Influence of alcoholism on the prognosis of schizophrenic patients. *J Stud Alcohol* 1995;56:622-7.
- Lambert MT, Griffith JM, Hendrickse W: Characteristics of patients with substance abuse diagnoses on a general psychiatry unit in a VA medical center. *Psychiatric Services* 1996;47:1104-7.
- Leshner AI: Bridging the disconnect between research and practice. Washington DC, National Institute on Drug Abuse, 1998.
- Lieberman JA, Kane JM, Alvir J: Provocative tests with psychostimulant drugs in schizophrenia. *Psychopharmacology* 1987;9:415-433.
- Lieberman JA, Kinon BJ, Loebel AD: Dopaminergic mechanisms in idiopathic and drug-induced psychoses. *Schizophr Bull* 1990;16:97-110.
- Lindqvist P, Alleback P: Schizophrenia and assaultive behaviour: The role of alcohol and drug abuse. *Acta Psychiatr Scand* 1989;82:191-5.
- Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME: Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:273-9.
- Lungershausen E: Differentialdiagnose sogenannter drogen-induzierter und endogener Psychosen. *Fortschritte der Medizin* 1984;102:1149-1152.
- Mahoney MJ. Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy. Delran, NJ: Basic Books, 1991.
- Maier W, Lichtermann D, Minges J, Delmo C, Heun R: The relationship between bipolar disorder and alcoholism: A controlled family study. *Psychol Med* 1995;25:787-796.
- McHugo GJ, Drake RE, Burton HL, Ackerson TH: A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:762-7.
- Meisler N, Bankertz L, Santos AB, McKay C: Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders: *Community Mental Health Journal*, 1997;33:113-122.
- Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P, Kuipers E: Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illnesses in South London. *Br J Psychiatry* 1996;168:612-9.
- Miller WR, Rollnick S: Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York, Guilford Press, 1991
- Monti PM, Abrams DB, Kadden RM, Cooney NL: Treating alcohol dependence. New York, Guilford Press, 1989.
- Mueser KT, Noordsy DL: Group treatment for dually diagnosed clients. In: Drake RE, Mueser KT (eds.): Dual diagnosis of major mental illness and substance abuse, Vol. 2: Recent research and clinical implications. *New Dir Ment Health Serv* 1996;70:33-51.
- Mueser KT, Bennett M, Kushner MG: Epidemiology of substance abuse among persons with chronic mental disorders. In: Lehman AF, Dixon L. (eds.) Double jeopardy: Chronic mental illness and substance abuse. New York: Harwood Academic Publishers 1995, 9-25
- Mueser KT, Drake RE, Alterman AI, Miles KM, Noordsy DL: Antisocial personality disorder, conduct disorder and substance abuse in schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1997;106:473-477.
- Mueser KT, Drake RE, Wallach MA: Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors* 1998;23:717-734.
- Mueser KT, Rosenberg SD, Drake RE, Miles KM, Wolford G, Vidaver R, Carrieri K (im Druck): Conduct disorder, antisocial personality disorder, substance use disorders in schizophrenia and major affective disorders. *J Stud Alcohol*.
- Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellack AS, Kee K, Morrison RL, Yadalam KG: Prevalence of substance abuse in schizophrenia: Demographic and clinical disorders. *Schizophr Bull* 1990;16:31-56.
- Noordsy DL, Drake RE, Teague GB, Osher FC, Hurlbut SC, Beaudett MS, Paskus TS: Subjective experiences related to alcohol use among schizophrenics. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:410-414.
- Nuechterlein KH, Dawson ME: A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull* 1984;10:300-312.
- O'Keefe C, Potenza DP, Mueser KT: Treatment outcomes for severely mentally ill patients on conditional discharge to community-based treatment. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:409-11

- Osher FC, Kofoed LL: Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:1025-30.
- Pope HG: Drug abuse and psychopathology. *New Eng J Med* 1979;301:1341-1342.
- Prochaska JO: Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. Homewood IL, Dorsey, 1984
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 1990;264:2511-8.
- Ridgely MS, Goldman HH, Willenbring M: Barriers to the care of persons with dual diagnoses: Organizational and financing issues. *Schizophr Bull* 1990;16:123-32.
- Schneier FR, Siris SG: A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: patterns of drug choice. *J Nerv Ment Dis* 1987;175: 641-650.
- Schuckit MA: Drug and alcohol abuse: a clinical guide to diagnosis and treatment (3rd ed.) New York, Plenum 1989.
- Schwoon DR: Therapeutische Anforderungen an die Behandlung von Patienten mit einer Doppelproblematik. In: Schwoon DR, Krausz M (eds.); *Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verbreitung und therapeutische Ansätze*. Freiburg i. Br., Lambertus, 1992, 133-143.
- Schwoon DR, Krausz M: *Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verbreitung und therapeutische Ansätze*. Freiburg im Brsg., Lambertus, 1992.
- Siris SG: Pharmacological treatment of substance-abusing schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1990;16:111-122.
- Shaner A, Roberts LJ, Eckman TA, Tucker DE, Tsuang JW, Wilkins JN, Mintz J: Monetary reinforcement of abstinence from cocaine among mentally ill patients with cocaine dependence. *Psychiatric Services* 1997;48:807-810.
- Soyka M: Die Alkoholhalluzinose. *Klinik, Pathophysiologie und Therapie. Nervenarzt* 1996a; 67:891-895.
- Soyka M: Dual diagnosis in patients with schizophrenia. *Disease Management. CNS Drugs* 1996b; 6:414-425.
- Soyka M, Albus M, Kathmann N, Finelli A, Hofstetter S, Holzbach R, Immler B, Sand P: Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;242:362-372.
- Test MA, Wallisch LS, Allness DJ, Ripp K: Substance use in young adults with schizophrenic disorders. *Schizophr Bull* 1989;15:465-476.
- Vaillant GE: *The natural history of alcoholism revisited*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1983.
- Wennberg JE: Outcomes research, patient preference, and the primary care physician. *Journal of the American Board of Family Practice* 1991;4:365-7.
- Zeiler J: Schizophrene Bewältigungsstile und Substanzmißbrauch. In: Schwoon DR, Krausz M (eds.); *Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verbreitung und therapeutische Ansätze*. Freiburg i. Br., Lambertus 1992, 49-58.
- Ziedonis DM, Richardson T, Lee E, Petrakis I, Kosten T: Adjunctive desipramine in the treatment of cocaine abusing schizophrenics. *Psychopharmacol Bull* 1992;28:309-14.
- Zimmer SU, Strous RD, Kohnstamm S, Green AE: Effects of clozapine on substance use in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: A retrospective study. *J Clin Psychopharmacol* (in press)
- Zubin J, Spring B: Vulnerability - a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977;86:103-126.

Prof. Kim T. Mueser, Ph.D

New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Center
Main Building, 105 Pleasant Street
Concord, NH 03301, U.S.A.