

Suchtbehandlung bei komorbid psychischen Krankheiten

C. Aichmüller¹; M. Soyka^{1,2}

¹Privatklinik Meiringen, Meiringen, Schweiz; ²Psychiatrische Klinik der Universität München, München

Schlüsselwörter

Sucht, psychische Komorbidität, psychosoziale Therapie, Pharmakotherapie, integrative Therapie

Zusammenfassung

Das Auftreten von komorbiden psychischen Störungen bei Suchterkrankungen ist häufig, dabei sind die Verläufe im Vergleich zu Patienten, die nur eine Diagnose aufweisen, schlechter. Eine effektive Suchttherapie ist nur im Rahmen der Mitbehandlung der psychischen Komorbidität möglich. Integrierte Behandlungskonzepte scheinen dabei von Vorteil zu sein. Die dafür erforderlichen pharmakologischen und psychosozialen Interventionen sind bei den jeweiligen psychischen und Suchterkrankungen teilweise gut untersucht. Die Datenlage bei komorbiden Suchterkrankungen ist kaum evidenzbasiert. Dies liegt unter anderem an der Heterogenität der Studien, aber auch jedoch an der Vielzahl möglicher Komorbiditätsformen. Anhand einer Kasuistik wird das therapeutische Procedere und das Behandlungsangebot der Spezialstation für Abhängigkeitserkrankungen mit komorbiden Störungen der Privatklinik Meiringen dargestellt.

Keywords

Addiction, psychiatric comorbidity, psychosocial therapy, pharmacotherapy, integrated treatment

Summary

The presence of comorbid mental disorders in addictive disorders is often, the courses of the affected patients are poor. An effective addiction treatment is only possible with the co-treatment of psychiatric comorbidity. Integrated treatment approaches appear to have been beneficial. The necessary pharmacological and psychosocial interventions are partly well investigated at the respective mental and addiction disorders. The data base for comorbid addiction disorders is hardly evidence based. This is partly due to the heterogeneity of the studies, but also to the large number of possible kinds of comorbidity. Based on a case report the therapeutic procedure and the treatment offer of the special ward for addiction with comorbid psychiatric disorders of Privatklinik Meiringen is described.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Claus Aichmüller
Privatklinik Meiringen, Willigen
CH-3860 Meiringen
claus.aichmueller@privatklinik-meiringen.ch

Therapy of comorbid mental disorders

Nervenheilkunde 2016; 35: 784–791
eingegangen am: 14. Juli 2016
angenommen am: 14. September 2016

Begriffserklärung

In den vergangenen Jahren haben generell Fragestellungen zur Komorbidität von Suchterkrankungen und psychischen Störungen aufgrund deren Häufigkeit und Unsicherheiten bezüglich deren Diagnostik und Behandlung zunehmend an Bedeutung gewonnen. Angesichts der Komplexi-

zität des Themas und der Vielzahl möglicher Komorbiditätsformen sollen in diesem Artikel einige Aspekte zur Suchtbehandlung von Doppeldiagnosen-Patienten bei häufiger vorkommenden Störungsbildern dargestellt und diskutiert werden. In dieser Arbeit wird zusätzlich auf die Behandlung komorbider psychiatrischer Störungen eingegangen, da eine effektive

Suchtbehandlung bei Doppeldiagnosen-Patienten nur durch die Mitbehandlung der jeweiligen komorbiden psychischen Störung möglich ist (15, 16, 42, 45).

In der Psychiatrie und Suchtmedizin gilt als Komorbidität das Auftreten einer zusätzlichen psychischen Störung im Rahmen einer definierten Grunderkrankung (51). Die WHO setzte die Begriffe Komorbidität und Doppeldiagnosen gleichbedeutend ein und definierte bei den psychiatrischen Erkrankungen das gleichzeitige Auftreten einer substanzbedingten und mindestens einer weiteren psychischen Störung (73). Erste Beschreibungen von Sucht und Komorbidität finden sich bereits bei J. E. Esquirol (1772–1884), der vom Phänomen des Alkoholmissbrauchs bei „Irrsinnigen“ berichtete (5).

Epidemiologie

Bei Suchterkrankungen besteht generell eine hohe Komorbidität von psychiatrischen Erkrankungen. Die Prävalenzen sind je nach Studie unterschiedlich, wobei aber bis zu zwei Drittel aller Sucht-Patienten betroffen sein können, insbesondere diejenigen, die an affektiven Erkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen leiden (8, 18, 26, 55). Ergebnisse der Epidemiological Catchment Area Study zeigen wiederum erhebliche Unterschiede zwischen der Komorbidität von affektiven Störungen und Alkoholismus: So war die Komorbidität von Alkoholikern bei der unipolaren Manie (6-fach erhöhtes Risiko) am höchsten, für die Dys-thymie betrug die Odds Ratio 2,4, für die unipolare Depression 1,9 (50). Das Risiko bei bestehender Persönlichkeitsstörung auch an einer komorbiden Suchterkrankung zu leiden, ist um den Faktor 5 für alkoholbezogene Störungen und um den Faktor 12 für drogenbezogene Störungen erhöht (67). Bei Angststörungen (phobische Störungen, Panikstörungen, generali-

sierte Angststörung) ist bei einer eher hohen Lebenszeitpräferenz ebenfalls eine hohe Komorbidität mit Sucht vorhanden (31). In einer epidemiologischen Untersuchung in der USA zeigte sich eine Odds Ratio für Angsterkrankungen mit Drogenabhängigkeit von 2,1 (62).

Das Zusammentreffen von psychotischen Störungen und Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit ist häufig, so zeigte bereits in den 1980er-Jahren eine US-amerikanische Studie unter schizophrenen Patienten eine Lebenszeitpräferenz von 47% für Suchterkrankungen (50). In einer neueren deutschen epidemiologischen Studie lag die Prävalenz von Suchtstörung und Psychose bei ca. 28% und in bestimmten stationären Settings bei bis zu 40% (54). Bei Rauschdrogen ist die Datenbasis schwächer: Langzeituntersuchungen substituierter Opiatabhängiger haben z. B. gezeigt, dass depressive Erkrankungen bei ca. 40% der substituierten Patienten im Verlauf auftreten. Angststörungen sind dagegen mit 16–20% deutlich seltener (62).

Noch problematischer ist es bei der Medikamentenabhängigkeit, da aus methodischen Gründen schon die Erfassung deren alleiniger Prävalenzraten schwierig ist, was in der Literatur teilweise zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führt (63). Nach Schätzungen sind bis zu 80% der Medikamentenabhängigen benzodiazepinabhängig (63). Generell sind Frauen und Ältere mehr betroffen. Gemäß einer Studie sollen mehr als zwei Drittel der Medikamentenabhängigen eine Achse-I-Diagnose für psychiatrische Störungen haben (63).

Erklärungsmodelle für Komorbiditäten

Es gibt einige empirisch fundierte Ätiologiemodelle zu Doppeldiagnosen, wobei die Klärung der Ätiologie verschiedener Komorbiditätsmuster essenziell ist, um künftig fundiertere Empfehlungen für Prävention und Behandlung von Doppeldiagnosen-Patienten geben zu können (39). Doppeldiagnosenstörungsmodelle sind Konzepte, die beschreiben, ob und falls ja, wie eine Störung a mit einer zweiten Störung b in einer direkten kausalen (uni- oder bidirektionale Kausalität) Beziehung steht, oder ob beide

Störungen auf eine oder mehrere gemeinsame Faktoren zurückgeführt werden können oder ob es sich um eine einzige Störung (Entitätsmodell) handelt (39).

Im klinischen Alltag wird am häufigsten die Selbstmedikationshypothese als Erklärungsmodell herangezogen, wobei dieses Modell empirisch lediglich bei der Komorbidität von PTSD und Substanzmittelkonsum sowie in Ansätzen bei Angststörungen und Substanzmittelkonsum überzeugend gestützt werden kann (39). Andererseits kann der Konsum von Suchtmitteln selbst, z. B. zum Auftreten von Angsterkrankungen (Angstinduktionshypothese) oder zur Verstärkung bestehender Angstsymptome führen. Im Sinne des „Teufelskreismodells“ der Interaktion von Angststörungen und Substanzkonsum kann es langfristig wegen der Toleranzentwicklung nicht nur zur Suchtmittelabhängigkeit kommen, sondern auch indirekt über deren Folgen zur Entstehung einer Angststörung (sekundäre Angststörung) führen. Wobei dann bestehende Angstsymptome mit Suchtmitteln bekämpft werden müssen (39). Aus der Beobachtung, dass wiederholte klinische oder subklinische Entzüge vor allem Panikstörung auslösen können, wurde die biologische Kindling-Hypothese (20) formuliert. Weiterhin gibt es eine Reihe psychologischer oder psychodynamischer Erklärungsmodelle, insbesondere zur Komorbidität von Angsterkrankungen und affektiven Störungen bei Suchterkrankungen (5). Das Affektregulationsmodell geht z. B. davon aus, dass Personen mit psychischen Störungen nicht bestimmte Suchtmittel konsumieren, um spezifische Symptome ihrer psychischen Störung zu behandeln, sondern eher um negative emotionale Zustände zu verringern und positive zu erleben (39). Bei Depressionen scheinen unidirektionale, möglicherweise auch komplexe Wechselwirkungsmodelle Gültigkeit zu haben (39). Bei der Schizophrenie gibt es als Erklärungsversuch das Sensitivitätsmodell und zusätzlich wenig empirisch fundierte Hypothesen, z. B. die Sozial-Drift-Hypothese (39).

Therapeutische Prinzipien bei Doppeldiagnosen

Weltweit sind im klinischen Alltag integrative Behandlungsformen bei Patienten

mit Doppeldiagnosen im Vormarsch (68), wobei ihre Evidenz noch nicht ausreichend gesichert ist (13). Eine integrative Therapie impliziert, dass eine möglichst zeitgleiche Behandlung beider Störungen in einem ambulanten oder stationären Setting durch das gleiche psychiatrisch und therapeutisch erfahrene multiprofessionelle Therapeutenteam durchgeführt wird (68).

Eine wesentliche Voraussetzung für die integrative Behandlung ist eine genau diagnostische und anamnestiche Abklärung des Patienten. Die Diagnostik sollte möglichst unter stationären und abstinenten Bedingung durchgeführt werden, um ein erhöhtes „Hintergrundrauschen“ durch Suchtmittel auszuschließen, sodass Störungsbilder zuverlässig zugeordnet werden können. Dies erfordert die Einbeziehung unterschiedlicher Informationsmethoden und Quellen. In diesem Zusammenhang ist der Einsatz validierter Instrumente zur Erfassung von Achse-I- und Achse-II-Störungen zu nennen, ebenso gehört der Einschluss der klinischen Verlaufsbeobachtung dazu. Auch eine detaillierte Erfassung des Längsschnittverlaufes, z. B. mittels Fremdanamnese ist wichtig, um damit sowohl die zeitliche Entwicklung der psychischen Erkrankung als auch die der Substanzstörung zu erfassen. Zum Ausarbeiten eines individuellen Behandlungsplanes gehört weiterhin die Evaluation von eventuell vorhandenen neurokognitiven Störungen und des Selbstmanagementrepertoires des Patienten, was die Steuerung seiner Emotionalität und Impulsivität betrifft. Auch der Einfluss von Umgebungsfaktoren, z. B. der von Bezugspersonen, sollte abgeklärt werden (17).

Im Sinne einer stadiengerechten Integration sollte zunächst bei weniger motivierten Patienten der Schwerpunkt der Behandlung auf motivational-supportiven und psychoedukativen Methoden liegen, während spezifisch verhaltenstherapeutisch und andere psychotherapeutische Interventionen erst im späteren Behandlungsstadium zum Einsatz kommen sollten. Neben psychosozialen Interventionen ist die Pharmakotherapie ein wichtiger Bestandteil der integrativen Behandlung von Doppeldiagnosen-Patienten (17).

Psychopharmakotherapie

Generell gibt es für die Behandlung von Doppeldiagnosen keine spezielle Psychopharmakotherapie. Beide Störungsbilder müssen getrennt medikamentös behandelt werden (61), wobei medikamentöse Strategien nicht nur zur Suchtbehandlung, sondern auch zur Therapie psychischer Symptome eingesetzt werden. Laut Murthy (45) gibt es Hinweise, dass medikamentöse Strategien, die zur Behandlung psychischer Symptome und zur Therapie substanzstörungsspezifischer Beschwerden eingesetzt werden, das Rückfallrisiko beider Störungen vermindern können. Auch Drake (16) schlussfolgerte, dass die für die jeweilige Störung herkömmlichen pharmakologischen und psychotherapeutischen Interventionen bei Komorbidität wirksam sind.

Für die Suchttherapie gibt es keine spezielle Psychopharmakotherapie: Für die Akutphase, in der die Entgiftungsbehandlung und die Beherrschung diesbezüglicher Komplikationen im Fokus steht, wird eine leitliniengerechte medikamentöse Behandlung vorgeschlagen (69). Für die medikamentöse Postakutphase, in der es um die Rückfallprophylaxe geht, gibt es nur wenige evidenzbasierte Substanzen wie Acamprosat, Naltrexon und Disulfiram, die allerdings nur in der Behandlung der Alkohol- bzw. Opiatabhängigkeit zum Tragen kommen (74). Für die Rückfallprophylaxe anderer illegaler Drogen, z. B. THC oder Kokain, bzw. für die Medikamentenabhängigkeit gibt es keine speziellen Medikamente (22, 47, 63, 64). Bei der Alkoholabhängigkeit können die bewährten Anti-Craving-Substanzen wie Acamprosat und Naltrexon eingesetzt werden (61). Allerdings sollte laut geringer Studienlage Naltrexon sowohl bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit schizophrener Patienten (48) als auch bei der Behandlung von Alkoholabhängigen, die an einer affektiven Störung leiden (9, 34, 49) der Vorzug gegeben werden, da Acamprosat bei komorbiden affektiven Störungen ohne klare Wirknachweise geblieben ist (62). Naltrexon hat sich in Kombination mit Verhaltenstherapie, laut einer Cochrane-Analyse von Kirchmeyer (32), als eine der effektivsten Behandlungen zur Rückfallprophylaxe bei abstinenten Opiatabhängigen gezeigt. Der Wirkmechanismus von Naltrexon bei der Opiatabhängigkeit gestaltet sich nicht wie bei der Alkoholabhängigkeit über eine Reduktion des Craving, sondern über eine Opioidrezeptorblockade (74). Allerdings wurde in keinen kontrollierten Studien die Evidenz von Naltrexon bei Opiatabhängigen mit komorbiden Störungen untersucht (74).

Bei der Cannabisabhängigkeit gibt es Hinweise, dass eine erfolgreiche Behandlung einer affektiven oder psychotischen Störung positive Auswirkungen auf Suchtdruck und Konsumverhalten haben kann (4). Bei der Kokainabhängigkeit mit komorbider Schizophrenie gab es in zwei Studien Hinweise, dass Patienten, die Risperidon und Olanzapin erhielten, weniger verlangten nach Kokain hatten und auch weniger konsumierten als Patienten, die mit Haloperidol behandelt wurden (57, 58). Als diesbezügliches theoretisches Erklärungsmodell wird vermutet, dass typische Neuroleptika über eine D₂-Rezeptorenblockade im mesolimbischen System Suchtmechanismen direkt pharmakologisch verstärken können. Zusätzlich könnten Nebenwirkungen der Typika, wie Verstärkung der Negativsymptomatik, Anhedonie und dysphorischen Verstimmung, die Tendenz zum Substanzmissbrauch im Sinne der Selbstmedikation verstärken (23).

Bei Doppeldiagnosen-Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung ist hinsichtlich der medikamentösen Behandlung erst wenig geforscht worden, allenfalls gibt es Hinweise, dass Mood-Stabilizer und einige atypische Neuroleptika bei Borderline-Patienten Craving und Alkoholkonsum günstig beeinflussen können (21). Die medikamentöse Therapie psychiatrischer Störungen bei Suchterkrankungen erfolgt entsprechend den gängigen klinischen Leitlinien (69). Allerdings müssen bei dieser Patientengruppe verstärkt Sicherheitsaspekte, Nebenwirkungsprofile und Interaktionsaspekte mit dem Suchtmittel in Betracht gezogen werden. Auch sollten Medikamente, die selbst ein Missbrauchspotenzial besitzen, vermieden werden (61). Während sich bei der unipolaren Depression generell alle Antidepressiva als effektiv erwiesen haben, sollte man bei Angststörungen den SSRI den Vorzug geben (61). Allerdings ist unter Sicherheitsaspekten der Einsatz trizyklischer Antidepressiva bei Komorbidität trotz nachgewiesener Evidenz bei Major Depression und Alkoholabhängigkeit kritisch zu hinterfragen (62).

pressiva bei Komorbidität trotz nachgewiesener Evidenz bei Major Depression und Alkoholabhängigkeit kritisch zu hinterfragen (62).

Aufgrund der herabgesetzten Compliance bei bipolaren Störungen und der Schizophrenie sollten bei diesen Störungen vorzugsweise atypische Neuroleptika wegen ihres geringeren EPMS-Risiko eingesetzt werden. Bei schizophrenen Erkrankungen besteht die beste Evidenz für Clozapin. Auch könnten bei diesem Krankheitsbild Depot-Präparate zur Verbesserung der Compliance eingesetzt werden (61).

Die Datenlage der Psychopharmakotherapie von Persönlichkeitsstörung ist generell begrenzt (71). Allenfalls sollte eine Psychopharmakotherapie bei ausgeprägten psychiatrischer Symptomatik bzw. zur Krisenintervention eingesetzt werden. Bei Borderline-Patienten liessen sich allenfalls unter der Gabe von atypischen Neuroleptika (Olanzapin, Aripiprazol, Quetiapin) echte Verbesserungen erzielen. Bei der Pharmakotherapie der vermeidenden Persönlichkeitsstörung gibt es Hinweise, dass SSRI und SRNI eine empirisch erprobte Wirksamkeit zeigten (71).

Die Datenlage der Psychopharmakotherapie von Persönlichkeitsstörung ist generell begrenzt (71). Allenfalls sollte eine Psychopharmakotherapie bei ausgeprägten psychiatrischer Symptomatik bzw. zur Krisenintervention eingesetzt werden. Bei Borderline-Patienten liessen sich allenfalls unter der Gabe von atypischen Neuroleptika (Olanzapin, Aripiprazol, Quetiapin) echte Verbesserungen erzielen. Bei der Pharmakotherapie der vermeidenden Persönlichkeitsstörung gibt es Hinweise, dass SSRI und SRNI eine empirisch erprobte Wirksamkeit zeigten (71).

Bei Doppeldiagnosen-Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung ist hinsichtlich der medikamentösen Behandlung erst wenig geforscht worden, allenfalls gibt es Hinweise, dass Mood-Stabilizer und einige atypische Neuroleptika bei Borderline-Patienten Craving und Alkoholkonsum günstig beeinflussen können (21).

Die medikamentöse Therapie psychiatrischer Störungen bei Suchterkrankungen erfolgt entsprechend den gängigen klinischen Leitlinien (69). Allerdings müssen bei dieser Patientengruppe verstärkt Sicherheitsaspekte, Nebenwirkungsprofile und Interaktionsaspekte mit dem Suchtmittel in Betracht gezogen werden. Auch sollten Medikamente, die selbst ein Missbrauchspotenzial besitzen, vermieden werden (61). Während sich bei der unipolaren Depression generell alle Antidepressiva als effektiv erwiesen haben, sollte man bei Angststörungen den SSRI den Vorzug geben (61). Allerdings ist unter Sicherheitsaspekten der Einsatz trizyklischer Antidepressiva bei Komorbidität trotz nachgewiesener Evidenz bei Major Depression und Alkoholabhängigkeit kritisch zu hinterfragen (62).

pressiva bei Komorbidität trotz nachgewiesener Evidenz bei Major Depression und Alkoholabhängigkeit kritisch zu hinterfragen (62).

Aufgrund der herabgesetzten Compliance bei bipolaren Störungen und der Schizophrenie sollten bei diesen Störungen vorzugsweise atypische Neuroleptika wegen ihres geringeren EPMS-Risiko eingesetzt werden. Bei schizophrenen Erkrankungen besteht die beste Evidenz für Clozapin. Auch könnten bei diesem Krankheitsbild Depot-Präparate zur Verbesserung der Compliance eingesetzt werden (61).

Die Datenlage der Psychopharmakotherapie von Persönlichkeitsstörung ist generell begrenzt (71). Allenfalls sollte eine Psychopharmakotherapie bei ausgeprägten psychiatrischer Symptomatik bzw. zur Krisenintervention eingesetzt werden. Bei Borderline-Patienten liessen sich allenfalls unter der Gabe von atypischen Neuroleptika (Olanzapin, Aripiprazol, Quetiapin) echte Verbesserungen erzielen. Bei der Pharmakotherapie der vermeidenden Persönlichkeitsstörung gibt es Hinweise, dass SSRI und SRNI eine empirisch erprobte Wirksamkeit zeigten (71).

Psychosoziale Behandlung von Suchterkrankungen

Es gibt keine spezifische Suchtpsychotherapie, sondern Psychotherapieverfahren, die sich bei der Behandlung von Suchterkrankungen als günstig erwiesen haben (19). Da der Begriff Psychotherapie in Bezug auf Suchterkrankungen häufig unscharf und in einem sehr weitgefassten Sinne angewandt wird (1), erscheint die Bezeichnung psychosoziale Therapie angemessener. Der Einsatz psychosozialer Interventionen hat in der Suchttherapie, besonders in der Entwöhnungsbehandlung, einen hohen Stellenwert. Generell zeigt sich die Evidenzbasierung bei alkoholassozierten Störungen besser als bei illegalen Drogen, während bei der Medikamentenabhängigkeit keine Wirksamkeitsaussagen möglich sind (63). In einem aktuellen Übersichtsartikel (70) über die Wirksamkeit von psychosozialen Behandlungsverfahren bei Suchterkrankungen zeigten sich die besten Evidenzen für das Kontingenzmanagement bei Kokain-

abhängigkeit, während sich die motivierende Gesprächsführung und die CBT sowohl bei der Behandlung der THC-Abhängigkeit und Mehrfachabhängigkeit als überlegen zeigten. Bei der Alkoholabhängigkeit erwies sich die motivierende Gesprächsführung und der Community Reinforcement Approach als wirksam. Anhand von drei Metaanalysen haben sich bei der Alkoholabhängigkeit zusätzlich unter anderem noch CBT, Psychoedukation und soziales Kompetenztraining bewährt (10, 37, 65). Die motivierende Gesprächsführung (38) zeigt generell Wirksamkeit bei allen Suchterkrankungen (56). Bei der Medikamentenabhängigkeit gibt es Hinweise, dass CBT und motivierende Gesprächsführung bei der Therapie der Benzodiazepinabhängigkeit wirksam sind (63).

Eine störungsspezifische Psychotherapie der einzelnen psychiatrischen Störungen sollte leitliniengerecht erfolgen (69): Stichwortartig aufgezählt gibt es bei den Angststörungen gute Evidenzen für die kognitive Verhaltenstherapie (VT), Entspannungsverfahren und das soziale Kompetenztraining. Bei depressiven Störungen sind die kognitive VT, interpersonelle Therapie (IPT) und das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) zu nennen. Hervorzuheben bei Persönlichkeitsstörungen sind das soziale Kompetenztraining und die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) sowie die übertragungsfokussierte Therapie (TFP) bei den

Borderline-Störungen. Bei der Schizophrenie erwiesen sich Psychoedukation, kognitive VT, Training sozialer Kompetenzen, Familienintervention und kognitive Rehabilitation/Remediation als vorteilhaft.

Dem gegenüber steht die psychosoziale Behandlung von Doppeldiagnosen noch auf einer sehr dünnen Datenlage (41): Laut Moggi (40) scheinen „integrative, nach Intensität gestufte Behandlungsprogramme, die störungsspezifische Interventionen geschickt kombinieren und motivierende Gesprächsführung, kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, suchtmittelreduzierende Interventionen wie Rückfallprävention oder Kontingenzmanagement und/oder Familieninterventionen enthalten, weniger aufwändigen Behandlungen in Bezug auf die Verbesserung im Substanzkonsum, in Symptomen der psychischen Störungen und im Funktionsniveau überlegen zu sein“.

Bei der Schizophrenie werden stadiengerechte Interventionen mit dem Einsatz einer modifizierten Form der motivierenden Gesprächsführung „Motivation Based Dual Diagnosis Treatment“ (15), Familieninterventionen, verhaltenstherapeutische Ansätze und Psychoedukation empfohlen (23). Laut einer Metaanalyse von Kelly (30) über Sucht-Patienten mit affektiven und Angststörungen zeigte sich für Psychotherapieverfahren wie die kognitive VT und die motivierende Gesprächsführung eine relativ gute Evidenzlage. Die Autoren

schlussfolgerten, dass hochstrukturierte Behandlungsprogramme, die Case-Management und Verhaltenstherapie beinhalten, am effektivsten seien. Auch andere Autoren (3, 66, 72) wiesen positive Effekte der kognitiven VT bei Sucht-Patienten mit komorbider Depression nach.

Während bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen psychosoziale Verfahren im Vordergrund stehen (71), liegen bei diesbezüglicher Komorbidität nur sehr wenige kontrollierte Studien vor (41). Bei der am besten untersuchten komorbiden Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen drei evidenzbasierte Psychotherapieverfahren vor: DBT, die Dynamic Deconstructive Therapy (DDP) und die Dual Focus Schema Therapy (DFST), die sich in einer Übersichtsarbeit (46) als vielversprechend herausstellten, wobei die Daten auf geringen Fallzahlen und hohen Ausfallraten beruhten.

Fachstation für Abhängigkeitserkrankungen mit komorbiden Erkrankungen

Anhand einer Kasuistik soll exemplarisch dargestellt werden, wie in der Privatklinik Meiringen auf der Spezialstation für Suchterkrankte mit komorbiden Störungen ein integratives Behandlungsprogramm durchgeführt wird. Entsprechend der Systematik

Tab. Gruppentherapien; Abkürzungen: KVT = kognitive Verhaltenstherapie, Ped = Psychoedukation; VT = Verhaltenstherapie; MI = Motivational Interviewing; Pd = Psychodynamisch; SozKomp = Soziales Kompetenztraining

Suchtspezifische Gruppen	Soziotherapie	Angebote für komorbide Störungen	Non-verbale Therapien	Komplementär medizinische Angebote
STAR-Gruppe: Strukturiertes Trainingsprogramm zur Alkoholrückfallprävention (KVT, Ped) (32)	Milieutherapie	Depressionsgruppe (Ped) (53)	Gestaltendes Atelier	Tai-Chi
Psychotherapiegruppe Sucht (MI, KVT, Pd, SozKomp) (7, 27, 38, 43, 75)	Sozialdienstberatung	Angstgruppe (Ped, KVT) (2)	Körpertherapie	Aromatherapie
Ressourcengruppe Stress (29)	SozKomp (27)	Traumastabilisierungsgruppe (VT) (35)		Progressive Muskelrelaxation (28)
	Organisation der Nachsorge			NADA Ohrakupunktur (11)
	Vorstellung auswärtiger Selbsthilfegruppen und Suchteinrichtungen			Wickel und Auflagen

von Rosenthal und Westreich (52), die die Doppeldiagnosen-Patienten entlang des Schweregrades der Psychopathologie und der Sucht einteilen, werden in der Privatklinik Meiringen Patienten mit eher leichteren Doppeldiagnosen behandelt, das heißt, sie müssen hinsichtlich ihres psychischen Zustandsbildes fähig sein, von Anfang an einem hochstrukturierten Behandlungsprogramm teilzunehmen. Das evidenzbasierte Behandlungskonzept, das auf dem biopsychosozialen Modell beruht, beinhaltet im Rahmen von Einzel- und Gruppentherapien den Einsatz von verbalen und non-verbalen, coping- und interaktionsorientierten obligatorischen und freiwilligen Therapieelementen. Das ermöglicht eine hohe Behandlungsdichte und bietet gleichzeitig Raum für einen individuellen Therapieansatz. Das Therapieangebot, insbesondere die Gruppentherapie, ist in der ►Tabelle vereinfacht vorgestellt (1).

Einzeltherapien sehen wir folgt aus: Einzelgespräche durch Ärzte, Psychologen, Bezugsperson, Pflege. Unter Berücksichtigung des während des stationären Aufenthaltes zur Verfügung stehenden, zeitlichen Rahmens werden Bewältigungs- und lösungsorientierte Therapiemethoden bevorzugt.

Kasuistik

Der 30-jährige ledige, arbeitslose, noch bei seinen Eltern wohnende Akademiker wurde nach einem ambulanten Vorgespräch auf der Suchtstation aufgenommen. Die Einweisungsdiagnosen lauteten: Alkoholabhängigkeitssyndrom, ICD-10 F10.25, rezidivierende depressive Störung aktuell mittelgradig, ICD-10 F33.1, Cannabismissbrauch ICD-10 F12.10; V. a. ADHD ICD-10 F90.0.

Biografie

Nach der Matura habe er Wirtschaftswissenschaften mit dem Abschluss Bachelor studiert. Danach habe er bis jetzt mehrere Jahre mit Unterbrechungen in Temporärjobs gearbeitet. Die Aufnahme einer seinem Studienabschluss entsprechenden Tätigkeit habe er sich aufgrund seiner

psychischen Störungen noch nicht zuge-
traut.

Anamnese

Im Alter von zwölf Jahren habe er erstmals THC konsumiert, später dann auch LSD, im Weiteren jedoch überwiegend „Speed“, Kokain und THC. Bis auf THC habe er den Konsum dieser Drogen vor ca. vier Jahren sistiert, weil sie ihn nur noch depressiver gemacht hätten. Seit der Zeit konsumiere er regelmäßig Alkohol, der ihn beruhige, in nüchternem Zustand ertrage er die Realität nicht. Zuletzt habe er ca. drei Liter Bier pro Tag getrunken. Ca. fünfmal pro Woche würde er einen Joint rauchen. Körperliche Entzugserscheinungen wie Schwitzen und Zittern seien erstmals vor ca. einem Jahr bei ihm aufgetreten. Ein Delir oder einen epileptischen Anfall habe er noch nicht gehabt.

Er sei schon immer ein „schwernehmerischer“, melancholischer Mensch gewesen, der Schwierigkeiten gehabt habe, Kontakte zu anderen Menschen zu knüpfen. Seit ca. acht Jahren würde er an depressiven Symptomen leiden, die sich in Antriebs-, Interesse- und Lustlosigkeit, ausgeprägter Grübelneigung, Schuldgefühle und Insuffizienzgefühlen äußern würden. Des Weiteren habe er ausgeprägte Schlafstörungen in Form von Einschlaf- und Durchschlafstörungen. Diese depressive Symptomatik habe bisher einen eher wellenförmigen Verlauf gezeigt und in den letzten zwölf Monaten vor der stationären Aufnahme zugenommen. Wegen seinen Depressionen habe er sich in den letzten Jahren noch mehr sozial zurückgezogen und mit Ausnahme einer ca. zweijährigen, sehr konflikthaften heterosexuellen Beziehung keine weitere Beziehung zu Frauen entwickeln können, worunter er auch sehr leiden würde. Er selbst sehe sich deshalb und wegen seines erfolglosen beruflichen Werdegangs als „Looser“. Bisher sei er dreimal stationär psychiatrisch wegen seiner Suchterkrankung und Depression behandelt worden. In diesen Behandlungen sei allenfalls eine Teilremission seiner depressiven Symptomatik erzielt worden, die anschließenden Abstinenzphasen hätten jeweils nur einige Wochen angehalten. In der letzten Zeit vor der

Aufnahme sei er in ambulant-psychotherapeutischer Behandlung gewesen.

Therapie und Verlauf

Bei der Aufnahme imponierte ein scheu und misstrauisch wirkender Patient mit ausgeprägtem depressiven Affekt, der weitgehend jeglichen Augenkontakt vermied. Der Seresta-gestützte Alkoholzug verlief komplikationslos. Da der Patient angab, in seiner Kindheit unter ausgeprägten Lern- und Konzentrationsstörungen gelitten zu haben, wurde in der dritten Woche eine ADHD-Testung mit positivem Effekt durchgeführt. Aus diesem Grund wurde Strattera (25 mg/d) angesetzt, was zu einer Besserung seiner kognitiven Fähigkeit führte, was sich für den weiteren psychotherapeutischen Prozess von Vorteil gestaltete. Ein auf Wunsch des Patienten nachfolgender Reduktionsversuch des bestehenden Cipralex führte zu einer Verschlechterung seiner depressiven Symptomatik, sodass dieses wieder auf die ursprüngliche Dosis (15 mg/d) erhöht werden musste. Eine Umstellung auf ein anderes Antidepressivum war nicht möglich, da der Patient in der Vergangenheit mit einer Reihe der gängigen Antidepressiva (SNRI, NaSSA) erfolglos behandelt worden war. Da noch eine deutliche depressive Symptomatik in Form von Antriebsstörungen und Grübelneigung bestand, wurde niedrigdosiert Abilify (2,5 mg/d) als Augmentationsstrategie (6) mit gutem Erfolg hinzugefügt. Wiederholte EKG-Kontrollen zeigten keine Veränderung der QT-Zeit. Der Patient war ansonsten in einem intensiven, stationären Therapieprozess involviert. Das stationäre Therapieangebot umfasste sowohl einzeln als auch gruppentherapeutische Elemente und zusätzlich noch non-verbale Therapieangebote. In den psychotherapeutischen Einzelgesprächen, die zweimal pro Woche stattfanden, wurden initial eher suchtherapeutische Themen mittels motivierender Gesprächsführung angegangen, da der Patient anfänglich keine Totalabstinenz was seinen THC-Konsum betraf anstrebte.

Nachdem dem Patienten die Wechselwirkungen zwischen seinem Substanzkonsum und seiner depressiven Symptomatik bewusster wurden, wurde der therapeutische Schwerpunkt auf seine depressive

Symptomatik verlagert: Im Fokus standen dabei seine depressiven Kognitionen, seine ausgeprägten Insuffizienzgefühle als auch seine intensiven Selbstabwertungstendenzen. Zusätzlich wurde seine zurückliegende Beziehung, die noch mit sehr großen Schuldgefühlen behaftet war, aufgearbeitet. Einzeltherapeutisch wurden bei dem Patienten Elemente der kognitiven VT, der IPT und des CBASP verwendet. Zur Abrundung des integrierten komorbiden Therapieprogrammes nahm der Patient neben den suchtspezifischen Gruppentherapien noch an der Depressionsgruppe und der Gruppe sozialer Kompetenz teil. In einem Familiengespräch mit den Eltern wurden neben psychoedukativen Aspekten, Klärungsmöglichkeiten für einige länger anhaltende Konflikte gesucht. Unter diesem intensiven und integrierten Therapieprogramm kam es zu einer deutlichen Remission der depressiven Symptomatik. Der Patient entschloss sich dann zur weiteren Stabilisierung in eine Langzeittherapie nahtlos überzutreten. Seit etwa 1,5 Jahren ist es zu keinem Alkoholrückfall bzw. zu keinem Rezidiv seiner depressiven Symptomatik gekommen.

Diskussion

Aus therapeutischer Sicht gelten Menschen mit Doppeldiagnosen oft als schwierig im Umgang, schwer behandelbar und therapieresistent (17, 45). Patienten mit Doppeldiagnosen nehmen meist das psychosoziale und medizinische Versorgungssystem stärker in Anspruch und zeigen oft, im Vergleich zu Patienten, die ledig nur eine Diagnose aufweisen, schlechtere Behandlungsergebnisse und Krankheitsverläufe (17). Eine systematisch wissenschaftliche Untersuchung und Evaluierung, insbesondere der psychosozialen Behandlung von Patienten mit einer Komorbidität von psychischen Störungen und Störungen durch Substanzkonsum, existiert erst seit 20 Jahren (41), wobei es zu wenig gut kontrollierte Studien gibt, um wissenschaftlich fundierte Aussagen zu machen. Einige Autoren bezeichnen deshalb die Therapie dieser Doppeldiagnosen-Patienten als eine „Mission Impossible“ (12). Laut Moggi (41) liegt das aber eher daran, dass es aufgrund

der Heterogenität der bisherigen Studien (z. B. Patientengut, Outcome-Kriterien, Behandlungsverfahren und -Setting) kaum zwei vergleichbare Studien zur selben Fragestellung gibt. Laut dem Vorschlag von Moggi (41) lassen sich aber durch die Hinzuziehung größerer Übersichtsarbeiten zumindest für den Kliniker erfolgsversprechendere Interventionskombinationen herausarbeiten. Übersichtsarbeiten (13, 16) zu Studien, die die Effektivität von psychosozialen Behandlungsverfahren bei schweren Doppeldiagnosen-Patienten untersuchten, stellten fest, dass diese Patienten eher von stationären und gestuften Behandlungsprogrammen profitierten, wenn dabei Elemente wie motivierende Gesprächsführung in Kombination mit kognitiver VT, Kontingenzmanagement, Rückfallprävention, Familieninterventionen und/oder Case-Management mit einbezogen wurden. Als schwere Doppeldiagnosen wurden dabei Patienten definiert, die an schweren Depressionen bzw. an Schizophrenie oder schizoaffektiven bzw. bipolaren Störungen litten. Bei Doppeldiagnosen-Patienten mit schweren psychischen Symptomen sind zur erfolgreichen Behandlung meistens Psychopharmaka notwendig (40). Aber auch hier sind aufgrund der geringen Studienlage evidenzbasierte Empfehlungen für dieses Patientengut sowohl was die medikamentöse Therapie von psychischen Störungen als auch den Einsatz von Anti-Craving-Substanzen betrifft, sehr begrenzt. Zudem sind bei psychopharmakologischen Zulassungsstudien Doppeldiagnosen-Patienten explizit ausgeschlossen (61).

Studien (45), die bei leichter erkrankten Doppeldiagnosen-Patienten durchgeführt wurden, also bei Patienten mit Angststörungen oder leichten bis mittelgradigen Depressionen, sind weniger vorhanden, wobei anscheinend bei dieser Patientengruppe generell integrative Behandlungen am erfolgreichsten sind. Auch hier sind die psychosozialen Behandlungsinterventionen von Vorteil (40).

Generell besteht bei Doppeldiagnosen-Patienten die Diskussion, ob beide Störungen sequenziell, integrativ oder parallel behandelt werden sollten (59). Die letztere beinhaltet eine Behandlung in parallelen Einrichtungen, was schon vom Organisato-

rischen sehr aufwändig ist. Bei der sequenziellen Behandlung ist problematisch, welche Störung zuerst behandelt werden sollte, wobei dann phasenweise die jeweils andere Störung nicht adäquat berücksichtigt würde (59). Die dem sequenziellen Vorgehen oft inhärente Forderung, dass dauerhafte Abstinenz eine Grundvoraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung der psychischen Komorbidität sei, ist obsolet (25). Unter einer integrativen Behandlung wird verstanden, dass Interventionen zur Behandlung der Suchterkrankung und der psychiatrischen Störung zur selben Zeit, im selben Setting und durch dieselben Behandlungspersonen angeboten werden. Die integrative Therapie fußt letztendlich auf dem bidirektionalen Doppeldiagnosenstörungsmodell (39) und geht von der Beobachtung aus, dass die erfolgreiche psychosoziale und/oder psychopharmakologische Behandlung der einen Störung positive Effekte auf die jeweils andere komorbide Störung nach sich zieht (16). Allerdings werden in der Literatur zwei hinsichtlich der Zeit unterschiedliche Modifikationen des integrierten Behandlungsprogrammes verwendet: Bei jeweils gleichem Setting und Behandlungsteam bestehen in der einen Version zeitgleiche therapeutische Interventionen hinsichtlich Suchterkrankung und psychischer Störung, während im anderen Fall die therapeutischen Interventionen mehr gestuft erfolgen.

Die integrative Therapie, die sich im klinischen Alltag weltweit durchzusetzen scheint (68), ist bei leichteren Komorbiditäten erfolgsversprechend (40), was sich anhand der vorgestellten Kasuistik exemplarisch zeigte. Allerdings zeigte sich wiederum in einer Arbeit (44), dass eine integrierte, ambulante Behandlung von Alkoholikern mit komorbiden Depressionen und/oder Angststörungen mittels kognitiver VT zwar positive Effekte auf die Sucht-Outcome-Kriterien hatte, aber kaum positive Effekte hinsichtlich der Depressionen und der Angststörungen zeigte. Bei schwereren Komorbiditäten ist laut Moggi (40) eher ein gestuftes, längeres Behandlungsprogramm von Vorteil. Laut einer Cochrane-Analyse (13) und der S3-Leitlinie (36), lässt sich die Überlegenheit eines integrierten Behandlungsansatzes bei Alkoholabhängigen mit Schizophrenie nicht eindeutig belegen.

Im klinischen Kontext scheint, aufgrund der sehr unterschiedlichen teils gegensätzlichen aneinander gewachsenen therapeutischen Grundhaltungen und Strategien von Psychiatrie und Suchttherapie, eine integrative Behandlung generell von Vorteil: Während in der psychiatrischen Versorgung eher ein schützender, protektiver Charakter vorherrscht, setzt die Suchttherapie traditionell mehr auf Eigenverantwortung und Konfrontation der Therapeuten. Doppeldiagnosen-Patienten waren/sind in beiden Versorgungssystemen aufgrund ihrer komplexen und ausgeprägten Krankheitssymptomatik überfordert (17). Bei Fehlen eines integrierten

Therapieangebotes besteht die Gefahr einer Ping-Pong-Therapie: Patienten werden zwischen den Suchteinrichtungen und den psychiatrischen Institutionen hin und her geschoben (41). Da viele Doppeldiagnosen-Patienten deshalb bereits negative Erfahrungen mit der Psychiatrie und der Suchttherapie gemacht haben, ist dem Aspekt der sehr wichtigen Beziehungsgestaltung (24) noch mehr Rechnung zu tragen, auch in dieser Hinsicht wäre die Kontinuität eines integrativen Behandlungsteams von Vorteil.

Interessenkonflikt

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Literatur

- Aichmüller C, Soyka M. Stationäre Therapie Suchtkranker mit komorbiden Störungen. *Suchtmedizin* 2013; 15: 21–23.
- Alsleben A et al. Psychoedukation Angst und Panikstörungen. München: Elsevier 2004.
- Baker AL et al. Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems short-term outcome. *Addiction* 2009; 105: 87–89.
- Baker AL, Thornton LK. Treatment of cannabis use among people with psychotic or depressive disorders: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2012; 71: 247–54.
- Barth V. Sucht und Komorbidität. Heidelberg: ecomed Medizin 2011.
- Bauer M, Adli M. Pharmakotherapie von chronischen und therapieresistenten depressiven Störungen. In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg.). *Therapie psychischer Erkrankungen – State of the Art*. München: Elsevier 2014; 197–212.
- Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BW. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press 1993.
- Boschloss L et al. Alcohol use disorder severity predicts first-incident of depressive disorders. *Psychol Med* 2012; 42: 695–703.
- Brown ES, Carmody TJ et al. A randomized double blind, placebo controlled pilot study of naltrexone in outpatients with bipolar disorder and alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 2009; 33: 1863–9.
- Bottlender M, Kohler K, Soyka M. Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2006; 74: 19–31.
- Bullock ML et al. A large randomized placebo controlled study of auricular acupuncture for alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002; 22: 71–77.
- Chow CM 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: 1–19.

13. Cleary M et al. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 3(1): CD001088.
14. Co-Occurring Center for Excellence(COCE): Understanding Evidence-Based Practices for Co-Occurring Disorders 2007. www.coce.samsha.gov.
15. Drake RE, Mueser KT. Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophr Bull* 2000; 26: 105–18.
16. Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. 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: 123–138.
17. Dürsteler-McFarland K, Wiesbeck GA. Therapeutische Grundprinzipien bei Doppeldiagnosen. In: Walter M, Gouzoulis-Mayfrank E (Hrsg.). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen-Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: Kohlhammer 2014; 52–61.
18. Fichter MM et al. Prevalence of mental illness in Germany and the United States. Comparison of the Upper Bavarian Study and the Epidemiological Catchment Area Program. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 598–606.
19. Gastpar M, Mann K, Rommelsbacher HJ. *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart: Gustav Fischer-1999.
20. George DT et al. Alcoholism and panic disorder: is the comorbidity more than coincidence? *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 97–107.
21. Gianoli M, Jane JS. Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: a review of the evidence and future recommendations. *Exp Clin Psychopharmacol* 2012; 20: 333–44.
22. Gouzoulis-Mayfrank E. Cannabisabhängigkeit und komorbide psychische Störungen. In: Walter M, Gouzoulis-Mayfrank E (Hrsg.). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen-Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: Kohlhammer 2014; 190–201.
23. Gouzoulis-Mayfrank E. Psychotische Störungen und komorbide Suchterkrankungen. In: Walter M, Gouzoulis-Mayfrank E (Hrsg.). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen-Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: Kohlhammer 2014; 75–87.
24. Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe 2012.
25. Hillemecher T, Bleich S. Alkoholabhängigkeit und komorbide psychische Störungen. In: Walter M, Gouzoulis-Mayfrank E (Hrsg.). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen-Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: Kohlhammer 2014; 149–158.
26. Hasin DS et al. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 830–842.
27. Hirsch R, Pflingsten U. *Gruppentraining sozialer Kompetenzen*. Weinheim: Beltz 2007.
28. Jacobson E. *Entspannung als Therapie*. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta 1990.
29. Kaluza G. Stressbewältigungstraining. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg.). *Verhaltenstherapiemanual*. Berlin: Springer 2005: 383–390.

30. Kelly TM et al. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav* 2012; 37: 11–24.
31. Kessler RC et al. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 617–627.
32. Kirchmayer U, Davoli M. Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence 2001/2002. *Cochrane Database Syst Rev* 2001/2002; (4): CD001333. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* (2): CD001333.
33. Körkel J, Schindler C. Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Berlin: Springer 2011.
34. Krystal JH et al. Naltrexone is associated with reduced drinking by alcohol dependent patients receiving antidepressants for mood and anxiety symptoms. *Alcohol Clin Exp Res* 2008; 32: 85–91.
35. Liedl A, Schäfer U, Knaevelsrud C. Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen, Manual für Einzel- und Gruppensetting. Stuttgart: Schattauer 2009.
36. Mann K, Hoch E, Batra A (Hrsg.). *S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. Berlin: Springer 2016.
37. Miller WR et al. What Works? A Summary of Alcohol Treatment Outcome Research. In: Hester RK, Miller WR (eds.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. Boston: Allyn & Bacon 2003; 13–63.
38. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press 1991.
39. Moggi F. Theoretische Modelle bei Doppeldiagnosen. In: Walter M, Gouzoulis-Mayfrank E (Hrsg.). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen-Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: Kohlhammer 2014; 13–25.
40. Moggi F. Ist eine wirksame psychosoziale Behandlung von Patienten mit Suchterkrankungen und komorbiden Störungen eine unmögliche Aufgabe? *Suchttherapie* 2014; 15: 9–15.
41. Moggi F. Behandlung von Suchtpatienten mit komorbiden psychischen Störungen. *Suchtmagazin* 2014; 1: 15–19.
42. Moggi F, Oegehagen A. Evidence Supported Psychosocial Treatment for Dual Disorder Patients. In: Dom D, Moggi F (eds). *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders*. Heidelberg: Springer 2015; 262–274.
43. Monti PM, Rohsenow DJ, Cloby SM, Abrams DB. Coping and social skills training. In: Hester RK, Miller WR (eds) *Alcoholism Treatment Approaches*. Needham Heights/Mass: Simon & Schuster 1995; 221–241.
44. Morley KC, Baillie A, Leung S. Is specialized integrated treatment for comorbid anxiety, depression and alcohol dependence better than treatment as usual in a Public Hospital Setting? *Alcohol and Alcoholism* 2016; 51(4): 402–409.
45. Murthy P, Chand P. Treatment of dual diagnosis disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2012; 25: 194–200.

46. Pennay A, Cameron J, Reichert T. A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *J Subst Abuse Treat* 2011; 41: 363–73.
47. Petitjean S. Kokainabhängigkeit und komorbide psychische Störungen. In: Walter M, Gouzoulis-Mayfrank E (Hrsg.). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen-Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: Kohlhammer 2014; 170–181.
48. Petrakis IL et al. VA Naltrexone Study Collaboration Group. Naltrexone augmentation of neuroleptic treatment in alcohol abusing patients with schizophrenia. *Psychopharmacology* 2004; 172: 291–7.
49. Pettinati HM, Oslin DW, Kampman KM. A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 668–75.
50. Regier DA et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264: 2511–2518.
51. Ridinger-Johann M, Walter M. Sucht und Komorbide Störungen. *Sucht Magazin* 2014; 1: 4–7.
52. Rosenthal RN, Westreich L. Treatment of persons with dual diagnosis of substance use disorder and other psychological problems. In: McCrady BS, Epstein EE (eds.). *Addictions. A comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press 1999; 439–476.
53. Schaub A, Roth E, Goldmann U. Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe 2006.
54. Schnell T, Neisius K. Prävalenz der Komorbidität Psychose und Sucht-klinisch-epidemiologische Ergebnisse aus einer deutschen Großstadt. *Nervenarzt* 2010; 81: 323–328.
55. Schuckit MA et al. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2945 alcoholics. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 948–957.
56. Smedlund G et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; DOI:10.1002/14651858.CD008063.
57. Smelson DA, Losonczy MF, Davis CW. Risperidon decreases craving and relapses in individuals with schizophrenia and cocaine dependence. *Canadian Journal of Psychiatry* 2002; 47: 671–675.
58. Smelson DA, Ziedonis D, Williams J. The efficacy of olanzapine for decreasing cue-elicited craving in individuals with schizophrenia and cocaine dependence: A preliminary Report. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2006; 26: 9–12.
59. Soyka M, Küfner H. *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit*. Stuttgart: Thieme 2008.
60. Soyka M. Benzodiazepinabhängigkeit. In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg.). *Therapie psychischer Erkrankungen – State of the Art*. München: Elsevier 2014; 55–62.

61. Soyka M, Grunze H. Pharmacotherapy of Dual Disorders. In: Dom D, Moggi F (eds): *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders*. Heidelberg: Springer 2015; 281–297.
62. Soyka M. Affektive und Angststörungen und komorbide Suchterkrankungen. In: Walter M, Gouzoulis-Mayfrank E (Hrsg.). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen-Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: Kohlhammer 2014; 88–104.
63. Soyka M. *Medikamentenabhängigkeit: Entstehungsbedingungen Klinik Therapie*. Stuttgart: Schattauer 2016.
64. Stohler R. Opiatabhängigkeit und komorbide psychische Störungen. In: Walter M, Gouzoulis-Mayfrank E (Hrsg.). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen-Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: Kohlhammer 2014; 182–189.
65. Süß HM. Zur differentiellen Wirksamkeit von psychosozialen Behandlungsmaßnahmen bei Alkoholabhängigkeit. *Abhängigkeiten* 2004; 3: 1–19.
66. Torrens M, Rossi P. Mood Disorders and Addiction. In: Dom D, Moggi F (eds). *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders*. Heidelberg: Springer 2015; 104–114.
67. Trull TJ, Jahng S. NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord* Revised 2010; 24: 412–426.
68. Van Wamel A, Van Rooijen S. *Integrated Treatment: The Model and European Experiences*. In: Dom D, Moggi F (eds). *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders*. Heidelberg: Springer 2015; 28–44.
69. Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg.). *Therapie psychischer Erkrankungen – State of the Art*. München: Elsevier 2014.
70. Walter M et al. Psychosoziale Behandlungen bei Suchterkrankungen-Suchtspezifische Psychotherapieformen und ihre Wirklichkeit. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2015; 83(4): 201–210.
71. Walter M, Sollberger D, Euler S. Persönlichkeitsstörungen und Sucht. Stuttgart: Kohlhammer 2016.
72. Watkins KE et al. An effectiveness trial of group cognitive behavioural therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 577–584.
73. WHO. *Lexicon of alcohol and drug terms*. WHO: Genf www.who.int/substance.abuse/terminology/who.lad/en/.
74. Wiesbeck GA, Dürsteler-McFarland K. Medikamentöse Rückfallprophylaxe bei Doppeldiagnosen. In: Walter M, Gouzoulis-Mayfrank E (Hrsg.). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen-Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: Kohlhammer 2014; 62–72.
75. Yalom ID. *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag 2007.