

Diagnostische und therapeutische Aspekte von Doppeldiagnosen

Autor(en): **Meyer, Thomas**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **24 (1998)**

Heft 6

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-801065>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Diagnostische und therapeutische Aspekte von Doppeldiagnosen

Abhängigkeitskranke Menschen sind oft zusätzlich von psychischen Störungen betroffen. Diese Mehrfacherkrankung oder Komorbidität stellt an die Behandlung höchste Anforderungen.

THOMAS MEYER*

Doppeldiagnosen, auch Dualdiagnosen oder Komorbidität, bedeuten das gleichzeitige Vorkommen einer Abhängigkeitserkrankung und einer oder mehreren anderen psychischen Störungen von Krankheitswert bei einer Person. Dabei soll es sich bei der psychischen Störung nicht einfach um eine Folgestörung der Abhängigkeitserkrankung handeln (z.B. Alkoholismus und alkoholinduzierte hirnorganische Beeinträchtigung).

Die Begriffsfassung erfolgt in der Literatur verschieden streng: Dualdiagnosen im engeren Sinn meint die Kombination einer Suchterkrankung mit einer Achse-I-Störung nach DSM-IV, Dualdiagnosen i.w.S. umfassen auch die Achse-2-Störungen.

Finanzierungsprobleme

Zwei Behandlungsketten sind mit der Komorbidität konfrontiert: Zum einen die ambulanten und stationären Fachinstitutionen zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, zum andern

* Der Autor ist Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Er leitete während zehn Jahren den Sozialpsychiatrischen Dienst des Psychiatrischen Zentrums Hard in Embrach. Seit Februar 1997 ist er Direktor der Forel Klinik in Ellikon an der Thur.

GLOSSAR

Agoraphobie	ursprünglich Angst vor offenen Plätzen, heute eher Angst, die eigene Wohnung zu verlassen
analytisches Paradigma	Das Modell, welches der Analyse zu Grunde liegt
Anamnese	Krankheitsgeschichte
axiomatisch	von grundlegender Bedeutung
bifokal	mit zwei Brennpunkten oder zwei Zielsetzungen
bipolare Affektstörung	manisch-depressives Kranksein
Depression, primäre	vom Suchtmittelkonsum unabhängige Erkrankung
Depression, sekundäre	alkoholinduzierte Folgestörung
Differentialdiagnose	Summe der in Frage kommenden Diagnosen
DSM-IV	Das DSM-IV ist die neueste Fassung des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. Es basiert auf einer multiaxialen Beurteilung psychischer Störungen.
DSM-IV-Diagnostik	Die DSM-IV-Diagnostik beruht auf 5 Achsen: Achse I: Klinische Syndrome Achse Ü: Persönlichkeitsstörungen, spezifische Entwicklungsstörungen Achse ÜI: Körperliche Störungen und Zustände Achse IV: Schwere der psychosozialen Belastungsfaktoren Achse V: Höchstes Niveau der sozialen Anpassung im letzten Jahr
Eklettizismus	Methodenvielfalt
Empathie	Einfühlungsvermögen
endokrine Störung	Stoffwechselstörung
kardiale Störung	Störung des Herzens
Komorbidität	Mehrfacherkrankung
Lebenszeitprävalenz	Ein Krankheitsbild wurde bis zum Zeitpunkt mindestens einmal diagnostiziert
lege artis	nach den Regeln der Kunst
neurologische Störung	Störung des Nervensystems
nosologisch	der Krankheitslehre entsprechend
pavor nocturnus	nächtliche Angstanfälle, v.a. bei Kindern
regressiv	auf eine frühere Stufe der psychischen Entwicklung zurückführend
schizotyp	exzentrisch, schrullig, v.a. als Persönlichkeitsstörung
somatoform	psychische Störungen, bei denen körperliche Beschwerden im Vordergrund stehen
Suizidalität	Selbstmordgefährdung
zerebrovaskuläre St.	Störung der Hirndurchblutung

Claus Hergler, Thomas Meyer, Martin Hafen

die ambulanten und stationären psychiatrischen Einrichtungen. Letztere versorgen im Kanton Zürich eine grössere Zahl von Dualdiagnose-PatientInnen als die Fachstellen und Fachkliniken; ihr gesundheitspolitischer Einfluss in dieser Problematik soll deshalb nicht unterschätzt werden.

Besonders aktuelle Bedeutung hat das Thema auch aus gesundheitsökonomi-

schen Gründen. Im Rahmen einer Leistungstraffung schickt sich das Bundesamt für Sozialversicherungen an, an die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen nur noch dann Leistungen zu entrichten, wenn neben der Suchterkrankung noch eine oder mehrere andere psychische Störungen vorliegen. Es stützt sich dabei auf Entscheidungen des Eidgenössischen Versicherungs-

gerichtetes, das der Sucht allein Krankheitswert abspricht. Das kommt einerseits einer fatalen Rückkehr vom Krankheitskonzept zum längst überwunden geglaubten Lasterkonzept gleich, andererseits versetzt es viele Institutionen in eine finanzielle Notlage, die ihre Existenz bedrohen kann.

Häufigkeit von Dualdiagnosen

Dualdiagnosen sind ausserordentlich häufig. Das allein schon deshalb, weil psychische Störungen zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt gehören. So finden sich für die einzelnen Störungen etwa folgende Lebenszeitprävalenzen:

- Schizophrenie: 01-02%
- Depressionen: 10-20%
- Angsterkrankungen: 20-30%
- Persönlichkeitsstörungen: 05-20%

Patienten mit psychischen Störungen greifen häufig zu Suchtmitteln im Sinne eines Selbstmedikationsversuchs, was wegen der Chronizität der meisten psychischen Störungen zu einer Abhängigkeitsentwicklung führen kann. Die Selbstmedikationshypothese leuchtet in erster Linie bei den Angsterkrankung wegen des anxiolytischen (angstlösenden) Effekts des Alkohols ein. So finden sich z.B. bei 30% aller Suchtpatienten eine Angsterkrankung¹. Die Frage, ob Alkohol als Selbstmedikation bei Depressionen eingesetzt wird, wird kontrovers diskutiert, da dem Alkohol eine antidepressive Wirkung abgesprochen wird. Im Gegenteil: Es gibt sogar Hinweise, dass Alkohol eine depressionsinduzierende (depressionsauslösende) Wirkung hat.

Andererseits ist es denkbar, dass Alkohol wegen seiner anxiolytischen Wirkung trotzdem bei Depressionen eingesetzt wird, da Letztere häufig von einer Angstsymptomatik begleitet sind. Immerhin ist eine hohe Komorbidität von Alkoholismus und Depression gut

belegt. Verschiedene Untersuchungen haben Prävalenzraten depressiver Störungen bei Alkoholikern zwischen 30 und 71 Prozent erhoben².

Primäre und sekundäre Depressionen

Auf theoretischer Ebene stellt sich ausserdem die Frage, inwieweit abhängigkeitsbildende Substanzen psychische Störungen induzieren können (z.B. drogeninduzierte Psychosen bei LSD, Amphetamin und Haschisch, Halluzinosen bei Alkohol und eben depressive Zustandsbilder bei Alkohol). Die Problematik der induzierten psychischen Störungen hat eine grosse praktische Bedeutung mit therapeutischen Konsequenzen, was am Beispiel der depressiven Störungen erläutert werden soll: Im Alkoholismusbereich wird zwischen primären und sekundären depressiven Störungen (Glossar) unterschieden³. Während die sekundären depressiven Störungen in der Regel nach 4-wöchiger Abstinenz spontan verschwinden, ist dies bei den primären depressiven Störungen nicht der Fall. Werden diese nun nicht lege artis

TAB. 1: LEBENSPRÄVALENZ VON SUBSTANZABHÄNGIGKEIT BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN⁴

Dissoziale Persönlichkeitsstörungen:	87%
Bipolare Affektstörung:	56%
Schizophrenien:	47%
Depressive Störungen:	32%

TAB. 2: LEBENSPRÄVALENZ PSYCHISCHER STÖRUNGEN BEI SUBSTANZABHÄNGIGKEIT

Gesamtprävalenz aller psychischen Störungen:	78%
Angsterkrankungen:	30%
Depressive Störungen (primär und sekundär):	30-71%

(Glossar) behandelt, verzögert und kompliziert sich der psychotherapeutische Prozess und das Rückfallrisiko vergrössert sich massiv.

Wie häufig sind Doppeldiagnosen?

Die Häufigkeit von Komorbidität lässt sich aus zwei Blickwinkeln betrachten: Zum einen lässt sich die die Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit bei bestimmten psychischen Störungen eruieren (Tab. 1), zum anderen kann nach der Prävalenz psychischer Störungen im Kollektiv der Alkoholabhängigen gesucht werden (Tab. 2).

Diagnostik von Dualdiagnosen

Das Erkennen von Personen mit Dualdiagnosen ist nicht immer einfach, u.a. wegen der Überlagerung von Symptomen von beiden «Einzeldiagnosen». Als Beispiel sei hier das psychopathologische Item «Antriebsminderung» genannt, das nosologisch (Glossar) u.a. beim Alkoholismus, bei depressiven Störungen, bei schizophrenen Erkrankungen, bei hirnrorganischen Beeinträchtigungen und endokrinen Psychosyndromen gefunden werden kann.

Der zweite Grund für die Schwierigkeit der Komorbiditätsdiagnostik ist der, dass Dualdiagnosen komplexere Störungen sind, als die blosser Addition von zwei Einzelstörungen. Regelmässig kommt es zu einer Verschränkung und Hochschaukelung der beiden Einzelprozesse, wobei die Kausalkette oft nicht mehr auszumachen ist. Hilfreich kann in solchen Fällen allenfalls noch eine saubere, minutiöse Anamneseerhebung (Glossar) sein, die Hinweise liefern kann, auf welche Art ursprünglich das pathologische Geschehen in Gang gesetzt wurde. Als Beispiel dafür soll hier die mit Alko-

ABB. 1: ERKRANKUNGEN MIT ANGSTSYMPTOMATIK NACH ICD-10⁷

FO: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

- Demenz mit Angstsymptomatik (FOO-F03) Delir mit Angstsymptomatik (F05)
- Organische Angststörung (F06)

FI: Substanzinduzierte Störungen

- Angst im Rahmen einer akuten Intoxikation (Flx.0)
- Angst im Rahmen eines Entzugssyndroms (Flx.3)
- Angst im Rahmen eines Entzugsdelirs (Flx.4)
- Organisch-toxisch bedingtes Angstsyndrom bei Abhängigkeitssyndrom (Flx.7)

F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

- Angst bei allen Arten dieser Störungen

F3: Affektive Störungen

- Angst bei allen Formen der Depression

F4. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

- Agoraphobie (F40.0)
- Soziale Phobien (F40.1)
- Spezifische (isolierte) Phobie (F40.2) Panikstörung (F41.0)
- Generalisierte Angststörung (F41.1)
- Zwangsstörung (F42)
- Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
- Anpassungsstörung mit Angstsymptomatik (F43.2) Somatisierungsstörung (F45.0)
- Hypochondrische Störung (F45.2)

F5: Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren

- Pavor nocturnus (F51.4)
- Alpträume (F51.5)

F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

- Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6)

holabhängigkeit verbundene depressive Symptomatik genannt werden. Grundsätzlich wird bei Alkoholabhängigen zwischen primärer und sekundärer Depression unterschieden. Eine Unterscheidung allein aufgrund der Symptomatik, das heißt des Erscheinungsbildes, scheint nicht möglich⁵. Trotzdem ist die Differenzierung zwischen primärer und sekundärer Depression aus therapeutischen Gründen wichtig. Diese lässt sich praktisch nur mittels einer detaillierten Anamneseerhebung⁶ machen, in der nach früheren eindeutigen depressiven Episoden vor Beginn der Abhängigkeitsentwicklung oder während abstinenter Phasen gesucht wird.

Voraussetzung für das Erkennen von DoppeldiagnosepatientInnen ist die gründliche Kenntnis der Psychopathologie, der psychiatrischen Nosologie (Glossar) und unter Umständen verfeinerter diagnostischer psychologischer und medizinischer Instrumente (Testpsychologie, Labor, bildgebende Verfahren, etc.). Daneben sind aber auch ebenso gründliche diagnostische Kenntnisse im Abhängigkeitsbereich notwendig.

Was das Gesagte in letzter Konsequenz und in ganzer Komplexität bedeutet, sei hier am Beispiel der Dualdiagnose Alkoholabhängigkeit-Angsterkrankung erläutert: Beim Vorliegen einer Angstsymptomatik muss die ganze Differen-

tialdiagnose (Glossar) der Angsterkrankungen in Betracht gezogen werden (Abb. 1).

Zusätzlich müssen unter Einsatz aller diagnostisch notwendigen Mittel körperliche Ursachen der Angstsymptomatik entweder nachgewiesen oder ausgeschlossen werden (Abb. 2).

Oft weisen auch die Therapieverläufe auf das Vorliegen von Doppeldiagnosen hin: Insbesondere kaum erklärbar Zustandsschwankungen, aber auch stockende Therapieprozesse müssen an Doppeldiagnosen denken lassen. Das wiederum setzt bei Therapeutinnen und Therapeuten die Bereitschaft voraus, die anfänglich gestellten diagnostischen Hypothesen einem dauernden Revisionsprozess zu unterziehen. Diagnostik ist ohnehin nicht ein einmaliges Geschehen, sondern sollte ein kontinuierlicher Prozess sein.

ABB. 2: WICHTIGE KÖRPERLICHE URSACHEN VON ANGSTSYMPTOMEN

Endokrine Störungen

- Hypo-/Hyper-Thyroidismus
- Hypo-/Hyper-Parathyroidismus
- Hypo-/Hyper-Pituitarismus
- Morbus Cushing, Morbus Addison
- Diabetes mellitus

Zerebrovaskuläre Störungen

- Transiente ischämische Attacke
- Subclavian Steal Syndrome

Kardiale Störungen

- Paroxysmale supraventrikuläre
- Tachykardie
- Mitralklappen-Prolaps

Neurologische Störungen

- Enzephalitis
- Multiple Sklerose
- Morbus Wilson
- Epilepsie

Intoxikation

- Koffein
- Barbiturate

Für die Kategorien vgl. das Glossar



Das Gesagte bedeutet im weiteren, dass im Rahmen des analytischen Paradigmas (Glossar) stockende Therapieprozesse nicht einfach als Widerstandsphänomene gedeutet werden dürfen.

Auswirkungen von Doppeldiagnosen

Die Konsequenzen für die einzelnen PatientInnen wurden zum Teil bereits dargestellt. Durch die psychiatrische Störung wird oft eine adäquate Auseinandersetzung mit der Abhängigkeitsproblematik verhindert oder zumindest erschwert und verzögert. Aus analytischer Sicht sind die meisten psychiatrischen Störungen mit einer –

zumindest zeitweiligen – regressiven (Glossar) Tendenz verbunden, die den auf Autonomiegewinnung orientierten Suchttherapieansatz beeinträchtigen. Im gruppentherapeutischen Setting kommt es aus letzterem Grund oft zu Störungen des Gruppenprozesses. Die Einheitlichkeit der Gruppenthematik («Sucht») geht oft verloren. Konfrontative Interventionen überfordern DualdiagnosepatientInnen sehr, u.a. wegen deren brüchigen Abwehrstrukturen oder labilen Ich-Strukturen.

Interdisziplinarität

Die Behandelnden sind zu einer Individualisierung der Therapiestrategien

gezwungen, die teilweise den Therapiekonzepten der Institutionen zuwiderlaufen, was in erster Linie einmal für die stationären Therapieeinrichtungen zutrifft. Ausserdem erfordert die Behandlung von DualdiagnosepatientInnen eine ausserordentliche Flexibilität in der Handhabung des therapeutischen Inventars (Stichwort: elastische Leine). In der Regel ist die Behandlung von DoppeldiagnosepatientInnen nur in interdisziplinären Teams möglich. Dabei darf interdisziplinäre Arbeit nicht als blosses Nebeneinander verschiedener SpezialistInnen aufgefasst werden. Vielmehr ist sie nur im Rahmen eines individuellen und interpersonellen Prozesses möglich. Die einzelnen MitarbeiterInnen müssen bereit sein, sich auf diesen Prozess einzulassen.

DualdiagnosepatientInnen lösen oft komplexe, verwirrende, unangenehme Gegenübertragungsphänomene aus wie Ungeduld, Frustration, Langeweile, Versagungsgefühle und schliesslich auch Ärger und grosse Strenge. Deshalb hat bei der Behandlung dieser PatientInnengruppe eine sorgfältige Supervision einen ausserordentlich hohen Stellenwert. Die sorgfältige Analyse der Gegenübertragungsphänomene wird übrigens nicht nur der Verbesserung der therapeutischen Allianz dienen. Vielmehr ist sie sehr oft das sensibelste diagnostische Instrument dafür, dass der Therapeut, respektive die Therapeutin mit einem Problem von Komorbidität konfrontiert ist.

Behandlung von Dualdiagnosepatientinnen

Aus dem bereits Gesagten ergeben sich verschiedene therapeutische Konsequenzen, die im Folgenden schlagwortartig zusammengefasst werden sollen. Ich beziehe mich dabei auf ein Arbeitspapier, das von der Gruppe Behand-

lung der Zürcher Fachstellenkonferenz erarbeitet wurde.

Realistische Zielsetzung

Rückfälle in den Suchtmittelkonsum und lebenskritische Episoden (z.B. Suizidalität, depressive Phasen, Erregungszustände) mit Klinikeinweisungen sind häufig. Es ist in diesen Fällen stets die Frage nach einer Interferenz der psychischen Störung zu stellen. In der Regel kann langfristig nicht eine Zustandsverbesserung erreicht werden, sondern es muss die Verhinderung einer Verschlechterung anvisiert werden. Dabei rückt die Frage der Erhaltung einer menschenwürdigen Lebensqualität oft ins Zentrum, was wiederum den Einsatz sozialarbeiterischen Know-hows unumgänglich macht.

Langfristige Therapiestrategie und Betreuungskonstanz

Die Therapieplanung muss langfristig angelegt sein und darf nicht wegen zwischenzeitlichen Verschlechterungen aufgegeben werden. Einen völlig zentralen Stellenwert hat dabei die Pflege der von Empathie getragenen therapeutischen Beziehung. Der hohe prognostische Stellenwert der Betreuungskonstanz ist u.a. für die schizophrenen Erkrankungen und die Persönlichkeitsstörungen nachgewiesen.

Flexible Behandlungsführung und Eklektizismus

Die Behandlung komorbider PatientInnen erfordert häufig einen flexiblen Wechsel zwischen konfrontativ-aufdeckenden und supportiven, respektive stützenden Ansätzen, was ich jeweils als die «Therapie mit der elastischen Leine» bezeichne. Nur am Rande sei angemerkt, dass die wenigsten Therapieschulen supportive Therapieansätze

entwickelt haben, diese auch lehren und nicht zuletzt auch theoretisch fundieren. Eine Ausnahme aus der jüngsten Zeit sind WILLI (1996, 1998) mit seiner ökologischen Psychotherapie und HEIM (1992) mit der problemorientierten Therapie. Daneben ist aber auch der Einsatz einer Methodenvielfalt unter Einbezug sozialpsychiatrischer Behandlungsstrategien notwendig.

Bifokaler Ansatz

Sowohl die Abhängigkeitserkrankung als auch die gleichzeitig vorhandene psychische Störung müssen gleichwertig wahrgenommen und mit gleicher

Professionalität behandelt werden. Die Favorisierung der einen Störung verzögert den Behandlungsprozess und kann zur Chronifizierung, zu schweren psychischen Entgleisungen und nicht zuletzt auch zu einer Suizidgefährdung führen.

Es ist als eine ethisch und juristisch kaum vertretbare Einäugigkeit zu betrachten, wenn Institutionen heute noch immer nicht die notwendigen personellen und organisatorischen Vorkehrungen treffen, um mit dem Problem der Komorbidität in Diagnostik und Therapie professionell umzugehen. Insbesondere wäre es angesichts der Brisanz der Thematik an der Zeit, standespolitische Gartenpflege aufzu-



geben. Dieser Vorwurf richtet sich übrigens nicht nur an Fachinstitutionen für Abhängigkeitserkrankungen, sondern in gleichem Mass auch an ambulante und stationäre psychiatrische Einrichtungen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Case management

Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich klar, dass bei komorbiden KlientInnen eine intensive Zusammenarbeit der VertreterInnen der verschiedenen Fachbereiche notwendig ist. Dabei soll noch einmal darauf hingewiesen sein, dass wirkliche interdisziplinäre Zusammenarbeit von allen Beteiligten die Bereitschaft erfordert, sich in einen interprofessionellen Austauschprozess einzugeben.

Eine weitere Erfahrung ist die, dass bei komorbiden PatientInnen oft mehrere Institutionen involviert sind. Neben der interdisziplinären Zusammenarbeit muss deshalb auch eine Kultur des interinstitutionellen Austauschs entwickelt werden. Und last but not least braucht es in diesem Dschungel jemand, der oder die trotz der vielen Bäume den Wald noch sieht – sprich: das Wohl unserer KlientInnen. Am ehesten eignet sich dafür ein Case-Manager-System. Aufgabe des Case Managers ist erstens die Koordination der interdisziplinären und interinstitutionellen Zusammenarbeit und zweitens die Sicherstellung der Betreuungskontinuität über einen langen Zeitraum – wenn möglich sowohl in ambulanten als auch in halbstationären und stationären Behandlungsphasen.

Pharmakotherapie

Die Frage der Psychopharmakotherapie hat unter PsychotherapeutInnen geradezu axiomatischen Charakter angenommen: Entweder man glaubt



daran oder eben nicht. Zweierlei ist dabei durchaus bedauerlich: Erstens wird die Diskussion häufig geführt ohne gründliche Kenntnis des aktuellen Standes der Psychotherapie- und Pharmakotherapieforschung und zweitens kommt auch hier eine mangelnde Bereitschaft zur einer echten interdisziplinären Auseinandersetzung zum Ausdruck.

Nach unserer Ansicht ist bei der Behandlung von komorbiden PatientInnen der Einsatz von Psychopharmaka oft unerlässlich und ermöglicht häufig erst ein erfolgreiches psychotherapeutisches Vorgehen. Die medikamentöse Behandlung ist meist mit spezifischen Abwehrreaktionen und Übertragungsphänomenen verbunden, mit deren Umgang sich alle Teammitglieder – nicht nur die ÄrztInnen als Pillenverschreibende – vertraut machen müssen. Neben unbestrittenen Vorteilen bringt jede medikamentöse Behandlung auch Risiken und Nebenwirkungen mit sich, die gründlich gegen die erwarteten Vorteile abgewogen werden müssen.

Sozialpsychiatrie und Sachhilfe

Für einen guten Verlauf ist u.a. die Qualität der Tagesstrukturen, der Wohnsituation und des sozialen Netzes entscheidend – eine Qualität, die über die vorgehend umschriebene

kontinuierliche Begleitung aufgebaut werden muss. Dabei ist der Behandlungsakzent erneut auch auf die zu erreichende Lebensqualität und Menschenwürde der KlientInnen zu legen und implizit auch auf die Wichtigkeit der Sozialarbeit in der Behandlung von Komorbidität verwiesen.

Gefährlichkeit des Übersehens von Doppeldiagnosen

In erster Linie bedeutet das Übersehen von Dualdiagnosen einmal grosse menschliche Not für die betroffenen PatientInnen. Sie werden im Grunde inadäquat (unangemessen) behandelt und oft überfordert. Die Behandlungserfolge bleiben aus und die PatientInnen werden entmutigt. Nur schon das Weiterbestehen der Abhängigkeitserkrankung ist oft gefährlich. Selbstverständlich können sich aber auch von Seiten der unbehandelten psychiatrischen Problematik Komplikationen ergeben: Am gefährlichsten und tragischsten ist sicher die Suizidalität. Daneben ist es in prognostischer Hinsicht auch wichtig, eine Dualdiagnoseproblematik früh zu erfassen, um eine Chronifizierung mit schweren sozialen Folgestörungen zu verhindern. Hinzuweisen ist aber auch darauf, dass die frühzeitige Erkennung und adäquate Behandlung von Doppeldiagnosepa-

tientInnen von immenser ökonomischer Bedeutung ist: Die Behandlungskosten und soziale Folgekosten können deutlich reduziert werden.

Verbesserungsvorschläge: Diagnostik

Grundlage eines professionellen Umgangs mit DoppeldiagnosepatientInnen ist nach wie vor eine profunde Diagnostik, allenfalls unter Einbezug von testpsychologischen Diagnoseinstrumenten wie dem SCL-90. Voraussetzung für eine korrekte Diagnostik ist ebenfalls eine lebensgeschichtliche und psychodynamische Anamneseerhebung.

Interdisziplinäre Arbeit

Interdisziplinäre Arbeit ist bei der Behandlung von Komorbidität unerlässlich. Alle Institutionen, die mit dieser PatientInnengruppe konfrontiert sind, müssen sich darum bemühen, entsprechende Fachleute in ihre Dienste zu integrieren. Es sei an dieser Stelle noch einmal erwähnt: Es kann nicht darum gehen, in verkorksten Fällen notfallmässig einen Psychiater beizuziehen oder die PatientInnen gar an einen solchen zu überweisen, damit störende Symptome medikamentös behoben werden. Vielmehr sollte eine eigentliche interdisziplinäre Behandlungskultur entwickelt und gepflegt werden, und dies unabhängig vom schwierigen Einzelfall.

Interinstitutionelle Zusammenarbeit

Im Falle der Komorbidität sind meist verschiedenste Institutionen involviert, und die therapeutische Aufgabe ist durch Langfristigkeit ausgezeichnet. Hier können Verbesserungsmöglichkeiten gefunden werden durch die Ein-

führung eines Case Managements und von Helfendenkonferenzen. Es versteht sich eigentlich von selbst, dass dabei den ambulanten Einrichtungen eine zentrale Bedeutung zukommt. Im Längsschnitt betrachtet sind die ambulant tätigen TherapeutInnen ja diejenigen, die die PatientInnen am längsten kennen, betreuen und in der Regel auch deren Umfeld am besten überblicken.

Fortbildung

Komorbid PatientInnen sind nicht einfach nur «unsere schwierigen Klientinnen und Klienten», also gewissermassen eine quantitative Steigerung unserer Durchschnittsfälle. Sie sind etwas qualitativ Anderes. Diagnostik und Therapie von Dualdiagnosen sind Spezialgebiete, die sich in einer rasanten Entwicklung befinden. Deshalb ist eine entsprechende, kontinuierliche Fortbildung auf diesem Gebiet für alle MitarbeiterInnen notwendig. Auch hier erlaube ich mir noch eine Bemerkung: Häufig wird die Diskussion um die adäquate Versorgung von MehrfachdiagnosepatientInnen auf die Frage der Notwendigkeit einer Pharmakotherapie verkürzt. Gerade einem solchen Irrtum müsste in einer hochstehenden Fortbildung entgegengetreten werden. Unter anderem sollte es dabei auch darum gehen, neueste Kenntnisse aus der Psychotherapieforschung zu vermitteln, beispielsweise was die Behandlung von Zwangserkrankungen und Phobien, von Persönlichkeitsstörungen und das Handling depressiver Störungen angeht.

Supervision

Wegen der komplexen Problematik dieser PatientInnen und der oft verwirrenden Gegenübertragung, die sie bei den Behandelnden auslösen, ist eine

kompetente Supervision notwendig. Kompetent meint u.a. auch, dass der oder die SupervisorIn über gründliche Kenntnis der Doppeldiagnosenproblematik verfügen muss. Die Leitungen aller Institutionen, die DoppeldiagnosepatientInnen zu versorgen haben, sind dafür verantwortlich, dass ein quantitativ und qualitativ genügendes Supervisionsangebot geschaffen wird. ■

Literatur

- BAVING, L.; OLBRICH, H., 1996:** Alcoholism and depression, *European Addiction Research*, 2, S.29-35.
- BUNDESAMT FUER SOZIALVERSICHERUNGEN, 1997:** Informationsblatt für Aerzte und Aerztinnen (kann beim Verfasser bezogen werden)
- FACHSTELLENKONFERENZ DES KANTONS ZUERICH, 1998:** Leitlinien zur Behandlung von DoppeldiagnosepatientInnen
- FEHR, M., 1998:** Entwurf zum Forschungsprojekt «Alkoholismus und Depression» in der Forel Klinik, unveröffentlicht.
- HEIM, E. et al., 1992:** Problemorientierte Psychotherapie, Hans Huber, 1. Auflage
- NILLE, U., 1997:** Alkohol und psychische Störungen, unveröffentlicht
- REDECKER, T., 1997:** Sucht und Angst, NICOL-Verlag
- SCHUKIT, M.A. et al., 1997:** The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls, *Addiction*, 92, S. 1289 -1304
- WILLI, J., 1996:** Ökologische Psychotherapie, Hogrefe Verlag
- WILLI, J., 1998:** Die ökologische Dimension der Psychotherapie, *Psychotherapeut* 1998/43, S. 69-79

- 1 REDECKER, 1995
- 2 BAVING und OLBRICH, 1996
- 3 siehe auch SCHUKIT, 1997
- 4 GIER et al., 1990
- 5 FEHR, 1998
- 6 SCHUKIT, 1997
- 7 nach SCHOEPF, 1997