

1 Beschreibung von Doppeldiagnosen

1.1 Bezeichnung

Bleuler 1911:
Schizophrenie
und Alkoholismus

Bereits 1911 nimmt Eugen Bleuler in seiner Abhandlung *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien* Bezug auf das Zusammentreffen von Sucht und psychischer Störung, wenn er erwähnt: „Der haltlose Schizophrene wird leicht Trinker. Wohl 10% unserer Alkoholiker sind zugleich Schizophrene“ (S. 219). Benedetti weist 1952 auf die enge Verflechtung von Alkoholhalluzinose und schizophrener Psychose hin. Erst mit der Einführung deskriptiver und multiaxialer Klassifikationssysteme psychischer Störungen (DSM-III und ICD-10) wurde es möglich, bei Vorliegen zweier oder mehrerer Syndrome mehrere Diagnosen zu stellen. Zuvor wurden nosologische Klassifikationssysteme verwendet, die das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Störungen ausschlossen, weil sie nicht nur die Symptomatik einer Störung, sondern auch ihre Ätiologie, Therapie und Prognose beschrieben. In den frühen 80er Jahren wurde der Begriff *Doppeldiagnose* zunächst nur bei Personen verwendet, die geistig behindert waren und zusätzlich unter einer psychischen Störung litten. Seit den späten 80er Jahren wird der Begriff in seiner heutigen Bedeutung verwendet.

Therapieempfehlungen für psychische Störungen und für Substanzstörungen widersprechen sich oft

Mit der Verbesserung störungsspezifischer Therapieempfehlungen und der Verbreitung evaluierter Therapiemanuale wurden im psychosozialen und medizinischen Versorgungssystem vermehrt spezialisierte Behandlungsangebote für homogene Störungsgruppen konzipiert. Therapeutische Handlungsanleitungen, die sich für je eine der beiden Störungen als wirksam erwiesen haben (zum Beispiel Schutz vor den Anforderungen des Alltagslebens bei Patienten mit einer Schizophrenie gegenüber Realitätskonfrontation bei Patienten mit einer Substanzstörung), widersprechen sich oft und stellen Therapeuten vor scheinbar unüberwindliche Hindernisse. Je nach Therapieschwerpunkt wird die eine der beiden Störungen kaum angemessen behandelt, so dass es in der Folge zur Verschlechterung der psychischen Störung oder zu suchtmittelbezogenen Rückfällen kommt, auf die nicht selten eine Krisenintervention erfolgt. Die meisten Einrichtungen im Versorgungssystem, die sich auf die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen spezialisiert haben, wissen um diese Probleme und sehen sich gezwungen, Patienten mit einer psychiatrischen Begleitdiagnose von der Aufnahme auszuschließen und in eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung zu verweisen. Umgekehrt versuchen Einrichtungen mit Angeboten für Patienten mit psychischen Störungen diejenigen ab- und weiterzuweisen, die zusätzlich unter einer Suchtmittelproblematik leiden, weil fortgesetzter Suchtmittelkonsum die wirksame Behandlung der psychischen Störung verhindert. Die DDP werden in der Folge zwischen den Angeboten „hin- und hergeschoben“. In der ambulanten Psychotherapie scheitert die Behandlung oft, weil Patienten und/oder Therapeuten das Ausmaß der

„Ping-Pong“-Therapie

Suchtproblematik nicht erkennen. Die Therapie kommt wegen unerkannter und damit unbehandelter Interaktionen beider Störungen zum Stillstand und wird abgebrochen. Die Folge ist eine unangemessene Behandlung dieser an Häufigkeit zunehmenden Patientengruppe.

Die vorwiegend im amerikanischen Sprachraum durchgeführten Untersuchungen zeigen, dass Patienten mit DD schlechtere Krankheitsverläufe aufweisen (z.B. hohe Rückfallraten, häufige Hospitalisationen, Neigung zur Gewalttätigkeit, hohes Suizidrisiko, finanzielle, berufliche und familiäre Schwierigkeiten) als Patienten mit lediglich einer Diagnose. Obwohl DDP das psychosoziale und medizinische Versorgungssystem stärker in Anspruch nehmen als Patienten mit nur einer Diagnose, sind ihre Behandlungsergebnisse deutlich schlechter. Dies trifft vor allem für Behandlungen zu, die nur eine der beiden Störungen ins Zentrum der Therapie stellen. Bessere Ergebnisse finden sich bei integrativen Behandlungen, die auf der Grundlage sorgfältiger Diagnostik gleichzeitig beide Störungen in ihrer funktionalen Verschränkung therapeutisch angehen (Mueser & Kavanagh, 2001; siehe Kapitel 1.4).

Häufig schlechte Krankheitsverläufe trotz mehr Behandlung

Bei integrativer Therapie bessere Behandlungsergebnisse

1.2 Definition

1.2.1 Allgemeine Gesichtspunkte

Obwohl sich noch keine verbindliche Definition herausgeschält hat, wird unter DD (engl. „dual diagnosis“ oder „dual disorder“; dt. manchmal auch „Dualdiagnosen“ oder „Dualstörung“) im Allgemeinen ein *Spezialfall von Komorbidität* verstanden. Komorbidität bezeichnet das Auftreten von mehr als einer diagnostizierbaren Störung bei einer Person in einem definierten Zeitintervall (Wittchen, 1996). Der Begriff DD beschreibt das gleichzeitige Vorkommen einer Substanzstörung und einer psychischen Störung. Die psychische Störung kann nach DSM-IV eine Achse I-Störung (z.B. Schizophrenie, Affektive Störung, Angststörung) und/oder eine Achse II-Störung (z.B. Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung) sein.

DD als Spezialfall von Komorbidität

Sucht und psychische Störung

Doppeldiagnose
Der Begriff Doppeldiagnose bezeichnet das gemeinsame Auftreten eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit von einer oder mehreren psychotropen Substanzen und mindestens einer anderen psychischen Störung bei einem Patienten.

Der Begriff Doppeldiagnosen enthält keine Aussagen über den *Schweregrad*. Eine regelmäßig Heroin injizierende arbeits- und obdachlose Person mit einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie wird ebenso als Pati-

Unterschiedliche Schweregrade

Substanz- und
psychische
Störung
keine
einheitlichen
Begriffe

ent mit DD klassifiziert wie eine sozial integrierte Person, die an einer Dys-thymie und Alkoholmissbrauch leidet. Manchmal wird zwar der Begriff nur für Patienten verwendet, die unter einer schweren psychischen Störung (z. B. Schizophrenie, Affektive Psychose) und einer Substanzabhängigkeit leiden. Aber fachlich ist der Doppeldiagnosebegriff unabhängig vom Schweregrad zu verwenden. Die Definition von DD wird kompliziert durch die Tatsache, dass *Substanzstörung* und *psychische Störung* ihrerseits *keine einheitlichen Begriffe* sind und mehrdimensional definiert werden. Beide lassen sich auf einem Kontinuum mit zunehmendem Schweregrad lokalisieren. Definitionen von Substanzstörungen beziehen sich einerseits auf das Vorhandensein physiologischer Abhängigkeit oder auf mit dem Konsum zusammenhängende soziale, rechtliche, berufliche und psychologische Folgen, andererseits auf die Quantität, Frequenz und Intensität des Substanzkonsums. Heterogenität entsteht ferner durch die verschiedenen Substanzklassen, die spezifische Wirkungsprofile aufweisen und oft in unterschiedlichen Kombinationen eingenommen werden. Psychische Störung ist ein analoger Begriff, der eine große Bandbreite von Symptomen und Syndromen beinhaltet.

Heterogenität des Doppeldiagnosebegriffs

Der Begriff DD beinhaltet vielfältige Kombinationen aus beiden Störungsklassen (Substanz- und psychische Störung) bzw. von Symptomen beider Störungsklassen. Der Begriff macht weder eine Aussage über den Schweregrad der beiden Störungen noch über den Schweregrad der DD.

1.2.2 Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV

Die beiden deskriptiven Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV unterscheiden sich in den Kriterien, wie beim Vorliegen eines substanzgebundenen Suchtverhaltens und einer psychischen Störung diagnostisch zu entscheiden ist, ob es sich bei der psychischen Störung um eine durch die Substanz hervorgerufene psychische Störung oder um eine DD handelt. Der Begriff „Doppeldiagnose“ wird in beiden Klassifikationssystemen nicht verwendet.

ICD-10 für DD
weniger
geeignet

Nach *ICD-10* können psychische Störungen in Erscheinung treten, die a) während oder unmittelbar nach der Einnahme einer Substanz (z. B. Alkoholhalluzinose) auftreten, b) nach der direkten Substanzeinwirkung anhalten (z. B. substanzbedingte Demenz) oder c) gar verzögert mehr als zwei Wochen nach der Einnahme einer Substanz (z. B. substanzbedingte psychotische Störung) auftreten. Falls psychische Störungen bereits vor dem Konsum von Substanz(en) bestanden haben, durch die Substanzeinnahme verschlimmert oder ausgelöst worden sind oder nicht durch die Substanz bedingt sind, muss eine zweite Störung und damit eine DD diagnostiziert

werden. Zur *Differenzialdiagnostik* verweisen wir auf das Kapitel 1.5. Im Folgenden wird auf das *DSM-IV* Bezug genommen, weil es für die Diagnosestellung von DD geeigneter ist als das ICD-10; im DSM-IV sind die Kriterien für die Diagnose von Substanz- und psychischen Störungen im Allgemeinen klarer formuliert.

1.2.2.1 Substanzgebundenes Suchtverhalten

Im *DSM-IV* wird das substanzgebundene Suchtverhalten im Kapitel *Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen* beschrieben. Das Kapitel hat zwei Teile: *Störungen durch Substanzkonsum* (kurz: *Substanzstörung*) und *Substanzinduzierte Störungen*. Im ersten Teil sind die Kriterien für Substanzabhängigkeit und für Substanzmissbrauch enthalten. Der zweite Teil definiert Substanzintoxikation sowie Substanzentzug und verweist auf weitere substanzinduzierte Störungen; letztere werden in denjenigen DSM-IV-Manualkapiteln beschrieben, die sich mit Störungen mit ähnlicher Symptomatik befassen. Beispielsweise ist die substanzinduzierte Affektive Störung im Kapitel *Affektive Störungen* enthalten.

DSM-IV besser geeignet für Diagnosestellung

Das DSM-IV nennt folgende *Substanzklassen*: Alkohol, Amphetamine, Cannabis, Halluzinogene, Inhalantien, Koffein, Kokain, Nikotin, Opiate, Phencyclidine, Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika. Es sollte in der Abklärung jede Substanzklasse überprüft werden, weil viele Patienten mehrere Substanzen konsumieren (Polytoxikomanie). Um die Diagnose einer DD zu stellen, sind die Substanzstörungen *Substanzmissbrauch* oder *Substanzabhängigkeit* erforderlich. Lediglich *Substanzkonsum* reicht nicht aus, um eine DD zu stellen. Eine depressive Patientin, die gelegentlich ein Glas Wein trinkt, ist noch keine DDP.

Substanzklassen

Diagnose DD nur, wenn Substanzstörung vorhanden

Kriterien für *Substanzmissbrauch*

- Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen,
- Substanzgebrauch auch wenn es dadurch zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z. B. Alkohol am Steuer),
- strafrechtliche Probleme,
- fortgesetzter Konsum trotz dadurch bewirkter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme (z. B. Streit mit Partner, körperliche Auseinandersetzungen).

Zur Diagnose eines Substanzmissbrauchs muss mindestens ein Kriterium erfüllt sein. Substanzmissbrauchende Patienten können im ambulanten Setting erfolgreich behandelt werden.

Kriterien für *Substanzabhängigkeit*

- Toleranzsteigerung,
- körperliche Entzugserscheinungen,
- Kontrollverlust,
- erfolglose Abstinenzversuche,
- hoher Zeitaufwand für die Beschaffung und den Konsum,
- Reduktion der sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten wegen des Substanzkonsums,
- fortgesetzter Substanzgebrauch trotz physischer oder psychischer Probleme.

Zur Diagnose einer Substanzabhängigkeit müssen sich mindestens drei der sieben Kriterien in demselben 12-Monats-Zeitraum manifestiert haben. Abhängigkeit erfordert meist stationäre oder intensive ambulante Therapie.

Substanzinduzierte Störungen sind keine DD

Die Substanzinduzierten Störungen wie Substanzintoxikation, -entzug und weitere Substanzinduzierte Psychische Störungen (z.B. Substanzinduzierte Psychotische Störung, Substanzinduzierte Angststörung) schließen als solche eine DD aus. *Substanzintoxikation* bezeichnet die Entwicklung eines reversiblen substanzspezifischen Syndroms während oder kurz nach dem Substanzkonsum, das durch die Wirkung der Substanz auf das Zentralnervensystem entsteht. Beim *Substanzentzug* ist die Entwicklung eines substanzspezifischen Syndroms auf die Beendigung oder Reduktion von übermäßigem und langdauerndem Substanzgebrauch zurückzuführen.

Auf die Substanzintoxikation und den Substanzentzug sowie auf weitere Substanzinduzierte Störungen, die für die *Differenzialdiagnose* relevant sind, wird in Kapitel 1.5 näher eingegangen.