

# 1 Komorbidität

Bei Drogenkonsumenten wird der Begriff Komorbidität für das gleichzeitige Vorliegen einer Störung durch psychotrope Substanzen und einer weiteren psychiatrischen Störung bei der selben Person verwendet. Das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Störungen durch psychotrope Substanzen wird darunter nicht subsummiert. Hierfür haben sich die Begriffe polyvalenter oder multipler Drogenkonsum bzw. Mehrfachabhängigkeit etabliert. Die folgenden Darstellungen orientieren sich an diesem Verständnis des Begriffs.

Vorliegende Untersuchungen über die Prävalenz von komorbiden Störungen liefern divergierende Ergebnisse. Ursachen für diese Unterschiede können in den verwendeten diagnostischen Instrumenten, in den Schwierigkeiten einer Diagnosestellung vor allem durch Nichtfachleute sowie im Zeitschema liegen (Lebenszeitprävalenz bzw. Punktprävalenz). Insgesamt ist die Datenlage unzureichend. Zum einen weiß man aus der psychiatrischen Praxis und diversen Studien an Behandelten, dass ein erheblicher Teil der Personen mit psychiatrischen Symptomen auch Drogen konsumiert und dabei teilweise die Kriterien für die Diagnose von schädlichem Konsum bzw. Abhängigkeit erfüllt. Abgesehen von diesen hoch selektiven Personengruppen sind jedoch Daten aus dem Bereich der Suchthilfe bzw. aus Bevölkerungsumfragen nur in geringem Umfang vorhanden. In den Behandlungseinrichtungen können Sozialarbeiter in der Regel keine psychiatrische Diagnostik leisten und auch Interviews bzw. schriftliche Umfragen haben hier methodische Beschränkungen, welche die Verlässlichkeit bei der Erkennung dieser Störungen reduziert.

Als Erklärung für das Auftreten von komorbiden Störungen werden verschiedene, sich teilweise ergänzende Hypothesen diskutiert. Die am häufigsten diskutierten Hypothesen sind im Folgenden aufgelistet.

- Drogenkonsum fördert die Entstehung sonstiger psychischer Störungen.
- Drogenkonsum stellt den Versuch einer Selbstmedikation bei Vorhandensein anderer psychischer Störungen dar.
- Drogenkonsum stellt den Versuch dar, Nebenwirkungen von Psychopharmaka, speziell von Neuroleptika, zu vermindern.
- Es besteht eine gemeinsame Basis für die Vulnerabilität für psychiatrische Störungen und Störungen im Zusammenhang mit Drogen.

## 1.1 Die häufigste Diagnosen und ihre Prävalenz

### 1.1.1 Die häufigsten psychischen Störungen bei Drogenkonsumenten und ihre Prävalenzen

Verschiedene Studien belegen, dass die komorbiden Störungen bei Drogenpatienten häufig Persönlichkeitsstörungen (50-90%) sind. Affektive Störungen folgen an zweiter Stelle mit Prävalenzen zwischen 20 und 60%, psychotische Störungen finden sich bei bis zu 20%. 20-50% der untersuchten Patienten weisen mehr als eine komorbide Störung auf (Uchtenhagen und Zieglgänsberger 2000). Insgesamt sind Männer häufiger als Frauen und jüngere Patienten häufiger als ältere betroffen.

Auf der Grundlage der Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP)-Daten wurden 1998-1999 speziell psychopathologische Auffälligkeiten von Ecstasy-Konsumenten – die nicht unbedingt die Kriterien für Missbrauch oder Abhängigkeit erfüllen mussten – untersucht. Es zeigt sich, dass bereits in dieser eher jüngeren Altersgruppe Konsumenten von Ecstasy bzw. anderen Amphetaminen ein deutlich erhöhtes Risiko für depressive Störungen und auch für nahezu alle DSM-IV-Angststörungen aufweisen. Die Gruppe wurde verglichen mit gleichaltrigen Personen aus der gleichen Stichprobe, die keine Drogen konsumierten. Die Einflüsse von Geschlecht und sozioökonomischem Status wurden dabei berücksichtigt (Lieb, Isensee 2002) (Tabelle 29).

**Tabelle 1: Angst und depressive Störungen bei Konsumenten von Ecstasy in der Altersgruppe 14- 24**

Diagnose	Odds ratio	95% Konfidenzintervall
Depression		
Major Depression	2.7*	(1.8 – 4.0)
Dysthymie	2.6*	(1.2 – 5.6)
Angststörungen		
Panik	5.6*	(2.1 – 14.3)
Agoraphobie	1.6	(0.7 – 3.6)
Spezifische Phobie	1.8*	(1.2 – 2.7)
Soziale Phobie	1.2*	(0.6 – 2.2)
Generalisierte Angststörung	4.3*	(1.8 – 10.4)
Posttraumatic stress disorder	4.3*	(1.8 – 10.4)
Zwangsstörung	2.4	(0.7 – 8.1)

Stichprobe: Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 14 – 24 Jahren, (N = 211/ Ecstasy u. ä.; N=1329 / keine Drogen)

\*p<0.05

Kessler et al. (2001) haben Studien, die in 6 Ländern mit einem einheitlichen Instrument (CIDI) durchgeführt wurden, in einer Übersichtsarbeit ausgewertet. Es fanden sich in einer Stichprobe von insgesamt rund 28.000 Probanden bei Personen mit problematischem Drogenkonsum bzw. Abhängigkeit eine Häufung insbesondere von Angst- und affektiven Störungen. Zeitlich gingen dabei die psychiatrischen Störungen in der Regel voraus, woraus

die Autoren eine ursächliche Rolle dieser Störungen bei der Entstehung von Suchtproblemen schließen. Shedler & Block (1990) haben in einer sehr sorgfältigen Längsschnittstudie über den Zusammenhang zwischen Drogenkonsum in der Jugend und psychischer Gesundheit die Komplexität des Themas deutlich gemacht. In ihrer Jugend drogenabstinente und intensiv konsumierende Personen stellten sich dabei als ähnlich problematisch in Hinblick auf ihre spätere psychische Gesundheit heraus, während die experimentellen Konsumenten am besten eingestuft wurden. Der epidemiologische Zusammenhang zwischen Schizophrenie und insbesondere problematischem Cannabiskonsum ist bekannt und belegt, die Kausalbeziehung aber weiterhin ungeklärt (z.B. Andreasson 1989). Eine weitere Vertiefung des Themas findet sich zum Beispiel bei Häfner et al (2002).

### **1.1.2 Komorbidität bei Drogenabhängigen in verschiedenen Subgruppen**

#### **Opiatabhängige in verschiedenen Behandlungseinrichtungen**

Im Rahmen einer 5-Jahres-Verlaufsstudie wurden 351 Opiatabhängige, die sich in Kontakt mit Hamburger Drogenhilfeeinrichtungen befanden, hinsichtlich komorbider Störungen untersucht. Die mit dem CIDI festgestellte Lifetime-Prävalenz psychischer Störungen nach ICD-10 betrug bei den 272 Teilnehmern der Verlaufsuntersuchung 55%. Die Persönlichkeitsstörungen blieben bei dieser Rate zunächst unberücksichtigt. Mit 43% dominieren Diagnosen aus der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Bei 31% wurden affektive Störungen diagnostiziert. Seltener (5%) wurden Störungen dem schizophrenen Formenkreis zugeordnet. 5% der Opiatabhängigen litten unter Essstörungen, also Störungen aus der Gruppe der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (Tabelle 30).

Zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen unter den Opiatabhängigen wurde der sich an den Kriterien des DSM-III-R (Achse II) orientierende Personality Disorder Questionnaire, der PDQ-R eingesetzt. Bei einem Drittel der Untersuchungsteilnehmer ist mindestens eine Persönlichkeitsstörung vorhanden. Die paranoide, die antisoziale und die Borderline-Persönlichkeitsstörung traten bei den Opiatabhängigen am häufigsten auf (Krausz 1999).

**Tabelle 2: Lifetime-Prävalenz psychischer Störungen nach ICD-10 bei Opiatabhängigen (Mehrfachdiagnosen, Angaben in %, N=351)**

	Störungsgruppen	Männer	Frauen	Gesamt <sup>a</sup>
F 20	Schizophrenie	3	2	3
F 25	Schizoaffektive Störung	2	3	2
F 2	schizotypische und wahnhaftige Störungen	5	4	5
F 31	Bipolare affektive Störung	2	2	2
F 32	Depressive Episode	12	23	16**
F 33	Rezidivierende depressive Störung	7	16	10*
F 34	Anhaltende affektive Störung	11	20	14*
F 3	Affektive Störungen	26	44	32**
F 40	Phobische Störung	28	43	32**
F 41	Sonstige Angststörung	10	22	14**
F 44	Dissoziative Störung	1	7	3**
F 45	Somatoforme Störung	9	12	10
F 4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	38	55	43**
F 50	Essstörung	2	11	5**
F 5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	2	11	5**
	Keine psychische Störung	50	31	45*
	Durchschnittliche Anzahl Diagnosen	1.0	1.8	1.3**

a)  $\chi^2$  -Test: \*p<0.05; \*\*p<0.01, Quelle: Krausz 1999

### **i.v. Konsumenten in einer Substitutionspraxis**

Tabelle 31 zeigt die Begleiterkrankungen einer Gruppe von 200 HIV-infizierten intravenös konsumierenden Drogenkonsumenten, die sich von 1996 bis 2000 in Substitutionsbehandlung befanden. Angaben zu den verwendeten Diagnoseinstrumenten wurden nicht gemacht. Unter den psychiatrischen Begleiterkrankungen fanden sich vor allem narzisstische Störungen und Borderline-Störungen.

**Tabelle 3: Psychiatrische Komorbidität bei 200 HIV-infizierten i.v. Drogenkonsumenten in einer Berliner Praxis 1996-2000 (Mehrfachnennungen)**

Erkrankung	Prozente	Anzahl
Keine psychiatrische Komorbidität	10	20
Adoleszentenkrise	4	8
Angstneurose	14	27
Dissoziale Persönlichkeit	8	15
Narzisstische Persönlichkeit	31	62
Borderline-Störung	24	48
Psychose	10	20

Quelle: Götz

### **1.1.3 Studien zu Risikoverhalten bei psychisch kranken Drogenkonsumenten**

Entsprechende Studien liegen zur Zeit nicht vor.

## **1.2 Auswirkungen von Komorbidität auf Einrichtungen und Mitarbeiter**

### **1.2.1 Forschungsergebnisse und Praxisberichte**

Patienten mit Doppeldiagnose stellen besondere Anforderungen an die Mitarbeiter therapeutischer Einrichtungen. Psychotisch erkrankte Menschen, die nicht oder nur eingeschränkt abstinenzfähig sind, können ein anderes Vorgehen und andere Konzepte notwendig machen, als sie sonst in der Hilfeeinrichtung üblich sind. Die oft notwendige Dauermedikation zur Stabilisierung der psychiatrischen Erkrankung muss mit dem ansonsten geforderten Verzicht auf psychotrope Substanzen in Einklang gebracht und ein Therapiekonzept „aus einem Guss“ verfolgt und vermittelt werden. Der produktive Umgang mit Rückfällen ist dabei ein besonders wichtiger Aspekt. Das unter Punkt 16.3.4 erwähnte integrierte Behandlungskonzept versucht hier ein entsprechend differenziertes Behandlungsangebot bereit zu stellen.

Generell ist bei Patienten mit Doppeldiagnose immer die Gefahr gegeben, dass eine Teilerkrankung ausgeblendet wird. Gerade bei Suchterkrankungen, bei denen die Patienten zur Leugnung tendieren, ist die Gefahr gegeben, dass auch der Behandler der Suchterkrankung nicht genügend Bedeutung beimisst. Nicht selten berichten Mitarbeiter, dass sie sich durch diese im Kontakt eher schwierigen Klienten überfordert fühlen. Als hilfreich werden Supervisionen erlebt, in deren Rahmen anfallende Probleme mit den Klienten und Probleme im Team regelmäßig bearbeitet werden können. Mitarbeiter erfahren auch bisweilen, dass Vorbehalte gegenüber den Klienten auf sie übertragen werden (Hofmann 2001).

### **1.2.2 Berufliche Qualifikation und Bedarf an Fortbildungsmaßnahmen**

In Deutschland gibt es weder für Therapeuten noch für betreuendes Personal eine spezielle berufliche Qualifikation für die Arbeit mit diesen Patienten. Im Rahmen einer zweijährigen berufsbegleitenden Fachausbildung besteht für das Pflegepersonal die Möglichkeit sich mit dieser komplexen Problematik und den differenzierten Krankheitsbildern auseinander zu setzen. Darüber hinaus werden interdisziplinär angelegte Fortbildungen in entsprechenden Einrichtungen bzw. im Rahmen der medizinischen und therapeutischen Weiterbildungsangebote organisiert.

## **1.3 Behandlungsangebote**

### **1.3.1 Generelle Probleme bei der Behandlung**

Bei Personen mit nicht-organischen Psychosen, Persönlichkeitsstörungen oder affektiven Störungen und Drogenabhängigkeit muss häufig von einer ausgeprägten Dynamik zwischen der Sucht und der psychischen Erkrankung und von hohen Risiken eines chronifizierten Verlaufs ausgegangen werden. Darüber hinaus ist eine hohe stationäre Wiederaufnahmefrequenz zu beobachten. Bei einer reduzierten Behandlungs-Compliance bestehen hohe Risiken für einen Rückfall in süchtige Verhaltensmuster. Ebenfalls bestehen erhöhte Risiken in Bezug auf suchtspezifische Begleit- und Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Hepatitis- oder HIV-Infektionen sowie ein erhöhtes Mortalitätsrisiko. Weiterhin wird ein erhöhtes Risiko sozialer Desintegration und Kriminalität beschrieben (Uchtenhagen und Zieglgänsberger 2000).

Die fachspezifische Literatur stellt zwei grundsätzliche Fragen (Mueser et al. 1997) bei der Behandlung komorbider psychiatrischer Störungen bei Drogenabhängigen:

- soll die Behandlung parallel/sequentiell oder integrativ sein ?
- soll sie störungsspezifisch oder störungsübergreifend stattfinden?

Bei der parallelen und der sequentiellen Behandlung erfolgt die Behandlung der Personen mit Doppeldiagnose durch zwei Therapeuten bzw. zwei therapeutische Teams, möglicherweise in getrennten Institutionen zeitgleich oder nacheinander. Bei der integrativen Behandlung findet die Behandlung beider Störungen bei einem Therapeuten bzw. in einem Behandlungsteam statt. Das hat den Vorteil, den Patienten nicht Doppelbotschaften bei zwei getrennten Therapien auszusetzen. Da besonders bei Patienten mit schwerwiegenden Persönlichkeitsstörungen die Gefahr besteht, dass Abwehrmechanismen wie Spaltungen das Gelingen der Therapie bedrohen, sprechen sich Drake und Mueser (2000) deutlich für die integrative Behandlung aus.

Das zweite Problemfeld betrifft die Wahl zwischen einer störungsspezifischen und einer störungsübergreifenden Behandlung. Eine störungsspezifische Behandlung bedeutet, dass das Behandlungskonzept einer Institution sich vorrangig an den Bedürfnissen einer bestimmten Patientengruppe orientiert. Damit verbunden ist eine Ausgrenzung anderer Patientengruppen. Darüber hinaus ist jede Behandlung störungsspezifisch insofern jede adäquate psychopharmakologische Behandlung auf die Störung abgestimmt wird.

### **1.3.2 Rechtsgrundlage für Behandlungsangebote für psychisch gestörte Drogenkonsumenten**

Es bestehen für diese Personengruppe keine speziellen Regelungen

### **1.3.3 Vermittlungspolitik**

Drogenberatungsstellen und stationäre Suchteinrichtungen bemühen sich in der Regel darum, Klienten mit Doppeldiagnose in entsprechende Spezialeinrichtungen zu vermitteln.

Die geringe Zahl von Behandlungsplätzen dieser Art macht dies jedoch in vielen Fällen unmöglich.

### **1.3.4 Kooperation zwischen Suchtbehandlung und psychiatrischer Behandlung**

Im Prinzip ist die Kooperation vorgesehen, wenngleich unterschiedliche Professionen, Träger und Finanzierungsmodi die Zusammenarbeit deutlich erschweren. Häufig sind lokale „Sucht“ Arbeitsgruppen und ähnliche Gremien ein wichtiges Medium des Austausches.

Um dieser Personengruppe gerecht zu werden, bedarf es sowohl suchtttherapeutischer als auch allgemeinspsychiatrischer Kompetenzen. Niedergelassene Ärzte sind mit der Behandlung von Menschen mit Komorbidität vielfach überfordert. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit dieser Kompetenzen ist weder im niedergelassenen Bereich noch in Krankenhäusern ausreichend entwickelt.

Patienten mit komorbiden Störungen werden weiterhin meist durch allgemeinspsychiatrische Institutionen und Einrichtungen der Suchthilfe behandelt. Vernetzungsstrukturen zwischen den beiden Systemen sind bislang nur schwach entwickelt. In „traditionellen“ therapeutischen Settings laufen diese Patienten jedoch erhöhte Gefahr, Therapieversager zu werden. Eine bessere Zusammenarbeit beider Fachkompetenzen ist daher in Zukunft dringend erforderlich.

### **1.3.5 Verfügbarkeit von und Zugang zur Behandlung**

In Deutschland sind die Suchtkrankenhilfe und die Hilfen für psychisch Kranke traditionell in zwei verschiedenen Hilfesystemen eingebettet, die relativ unverbunden nebeneinander stehen und auch von den Berufsgruppen unterschiedlich zusammengesetzt sind. Je nachdem, ob die Behandlung in psychiatrischen Kliniken oder in Institutionen der Suchthilfe erfolgt, ist deshalb bereits eine Schwerpunktsetzung bei der Therapie gegeben. Obwohl in den letzten Jahren einige spezialisierte Stationen für diese Klientel eröffnet wurden, sind solche Behandlungsangebote für komorbide Patienten nach wie vor selten.

Die Einweisung in eine entsprechende Einrichtung wie in eine psychiatrische Klinik erfolgt in der Regel durch den Haus- oder Facharzt oder über klinikinterne Ambulanzen oder die Tagesklinik.

## **1.4 „Examples of best practice“ und Empfehlungen für die zukünftige Vorgehensweisen**

Inzwischen besteht weitgehend Konsens darüber, dass jedes umfassende Versorgungssystem für Patienten mit Doppeldiagnose eine integrierte Behandlung ermöglichen muss, das heißt die gleichzeitige Suchttherapie und psychiatrische Behandlung. Die ersten Initiativen gab es schon vor rund 20 Jahren, seit 10 Jahren werden solche spezialisierte komplementäre Einrichtungen in verschiedenen Teilen Deutschlands zunehmend tatsächlich bereitgestellt. Von der Behandlungsmethode her hat sich der integrative Ansatz weitgehend etabliert, wie entsprechende Einrichtungserfahrungen belegen (Landschaftsverband Rheinland 2001). Entscheidend für die Vorteile dieses Ansatzes ist, dass der Sub-

stanzkonsum in allen Therapieaspekten und bei der Vermittlung weitergehender Hilfen berücksichtigt wird und keine übertriebenen Erwartungen an den Rückgang psychopathologischer Symptome oder Abstinenzfolge gestellt werden (Schönell und Closset 2002).

Wie bereits dargestellt, sind Behandlungsangebote für komorbide Patienten noch relativ selten. Allgemeingültige Aussagen über die Effekte dieser Angebote können auf der bisherigen Basis deshalb nicht getroffen werden.

#### **1.4.1 Aktuelle Diskussionen im Zusammenhang mit Komorbidität**

Professionelle Kreise fordern, dass sich die Beteiligten in Psychiatrie und Suchthilfe besser als bisher auf die Problematik von Doppeldiagnosen einstellen und die jahrzehntelange Trennung der Versorgungssysteme bei der Behandlung (fachlich wie finanziell) durch mehr Kooperation überwunden wird. Um ein angemessenes Behandlungsangebot zu schaffen, wird neben Spezialeinrichtungen für bestimmte, besonders schwierige Gruppen die Anpassung der allgemeinen Versorgung mit einem differenzierten und individualisierten Behandlungsangebot gefordert. Hierzu gehört im Besonderen die Verbesserung der Diagnostik, z.B. der vorhandenen klinischen Inventare für die Praktiker.

#### **1.4.2 Empfehlungen für zukünftige Vorgehensweisen zur Verbesserung des Behandlungsangebots**

Bei der Versorgung von Personengruppen mit Komorbidität besteht noch erheblicher Handlungsbedarf. Bestehende Hilfeangebote reichen nicht aus und basieren nicht in ausreichendem Umfang auf operationalisierten und evaluierten Behandlungs- und Hilfekonzepten. Das Landesprogramm gegen Sucht in Nordrhein-Westfalen, das sich intensiv mit dieser Problematik auseinander gesetzt hat, schlägt hierzu vor:

- Gemeindenahe regionale Ausrichtung der Versorgungsangebote, um auch schwierige Personen langfristig zu integrieren.
- Integration der Hilfen in kleinräumigen Regionen in die bestehenden Angebote der Suchtkrankenhilfe und der psychiatrischen Versorgung.
- Spezialeinrichtungen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit vor allem in Ballungsräumen.
- Entwicklung niedrighschwelliger Hilfen speziell für dieses Klientel.

Ausgehend von diesen allgemeinen Grundsätzen wurde eine Reihe von Maßnahmen empfohlen.



Die erste Empfehlung zielt auf die Sicherstellung von ausreichend suchttherapeutisch und allgemeinspsychiatrisch qualifizierten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Darüber hinaus ist aber auch eine verstärkte Qualifikation niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten hinsichtlich der Versorgungsaufgaben für komorbid Erkrankte notwendig. Des Weiteren wird empfohlen, dass die Träger von ambulanten Hilfen für Suchtkranke und von ambulanten Hilfen für psychisch Kranke Komorbide stärker als bisher als Zielgruppe ernstnehmen und ihre Angebote auf sie ausrichten. Die Rehabilitation komorbider Personen ist besonders wichtig und muss verbessert werden. In der Regel handelt es sich hier um schwerwiegende Krankheitsbilder mit hohen Chronifizierungsrisiken, was eine fachgerechte qualifizierte medizinische Rehabilitation erfordert. Wohnhilfen als Eingliederungsmaßnahmen sind notwendig. Um Menschen, die nur bedingt abstinenzfähig sind, nicht immer wieder aus der Versorgung herauszukippen, ist gerade im Bereich Wohnen eine besondere Berücksichtigung dieser Problematik notwendig.