

Psychotherapeutische Herausforderungen in der Behandlung von Substanzstörungen: alte und neue Erkenntnisse unter Berücksichtigung psychischer Komorbidität

Kenneth M. Dürsteler-MacFarland¹, Mari Prica², Marc Vogel³

Zusammenfassung

Aufgrund der Verbreitung, der Heterogenität und des oftmals chronischen Verlaufs von Substanzstörungen (Missbrauch oder Abhängigkeit von einer bzw. mehreren psychotropen Substanzen) kommt deren wirksamen Behandlung hohe klinische Relevanz zu. Allerdings hängt den Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen immer noch häufig ein negatives Image an; sie gelten als schwierig zu behandeln oder sogar als therapieresistent. Zudem treten Substanzstörungen häufig gemeinsam mit anderen psychischen Erkrankungen auf, was die Behandlung erschweren und das Therapieergebnis beeinträchtigen kann. Dennoch liegen viele wissenschaftliche Befunde vor, die zusammen mit den klinischen Erfahrungen therapeutisch wirksam genutzt werden können. Als am meisten Erfolg versprechend gelten heute Kombinationen wirksamer medikamentöser und psychosozialer Therapieansätze, die entsprechend den individuellen Bedürfnissen und Zielen der Patientinnen und Patienten innerhalb ein und desselben Settings zur Anwendung gelangen sollten. Aus psychotherapeutischer Sicht haben sich neben der motivierenden Gesprächsführung verschiedene verhaltenstherapeutische Methoden (z.B. Kontingenzmanagement, kognitive Verhaltenstherapie) sowie psychodynamische Interventionen (z.B. supportiv-expressive Psychotherapie) als effektiv erwiesen. Diese können je nach Behandlungsphase und individuellem Bedarf zur Motivationsförderung, Unterstützung bei Verhaltensveränderungen, Stabilisierung des Erreichten und Rückfallprävention eingesetzt werden.

Schlüsselwörter: Substanzstörungen, Doppeldiagnose, integrative Behandlung, Psychotherapie

¹Dr. des. phil., klinischer Psychologe, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen

²B.Sc., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen

³Dr. med., Psychiater, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen

Einleitung

Aus medizinischer Sicht stellen Substanzstörungen (Missbrauch oder Abhängigkeit von einer bzw. mehreren psychotropen Substanzen) multifaktoriell bedingte, häufig chronisch verlaufende und komplexe Erkrankungen dar, die mit beträchtlichen gesundheitlichen und psychosozialen Problemen einhergehen können (Leshner, 1999). Die Inzidenz- und Prävalenzraten von Substanzstörungen sind in der westlichen Welt allgemein hoch, und vielfach sind Substanzmissbrauch und -abhängigkeit mit weiteren psychischen Störungen vergesellschaftet (Regier et al., 1990). Dementsprechend ist die Behandlung von Substanzstörungen vielschichtig, und vielfach auch kostspielig (Orford, 2008). Eine adäquate Behandlung hängt vom jeweiligen Krankheitsbild sowie den aktuellen Bedürfnissen und individuellen Bedingungen der Betroffenen ab und sollte gleichermassen auch die Therapie der Begleit- und Folgeerkrankungen umfassen. Es gibt zahlreiche pharmako- und psychotherapeutische Ansätze, die sich bei der Behandlung von Substanzstörungen als wirksam erwiesen haben (Carroll & Onken, 2005; Mattick et al., 2009; Smedslund et al., 2011; Stead et al., 2012). Zu diesen zählen bewährte Therapieformen wie der Einsatz spezifischer pharmakologischer Wirkstoffe (z.B. Methadon, Nikotinpflaster) und verschiedener psychosozialer Therapieinterventionen (z.B. motivierende Gesprächsführung, supportive psychodynamische Verfahren, kognitiv-behaviorale Methoden). Wirksame Pharmakotherapien sind jedoch nicht für jede spezifische Substanzstörung vorhanden (z.B. Kokainabhängigkeit) und stellen in der Regel auch nur einen Teil des gesamten Behandlungspakets dar. Effektive psychotherapeutische Interventionen sind für die Behandlung von Substanzstörungen denn auch nach wie vor von grosser klinischer Relevanz. In der Regel umfassen sie individuell angepasst und phasenabhängig unterschiedliche Komponenten wie Motivationsförderung, Unterstützung bei Verhaltensveränderungen (z.B. durch Information, Beratung, Üben spezieller Fertigkeiten), Stabilisierung des Erreichten und Rückfallprävention (Moggi & Donati, 2004; National Institute on Drug Abuse, 1999). Gerade bei Patientinnen und Patienten mit weiteren psychischen Erkrankungen verspricht die individuell abgestimmte Kombination verschiedener therapeutischer Interventionen im Rahmen eines integrativen Behandlungskonzepts am meisten Erfolg. Dafür braucht es allerdings strukturelle und konzeptuelle Bedingungen, die nicht nur in der Therapie von Substanzstörungen, sondern auch in der Behandlung psychischer Störungen vielerorts (noch) zu wenig Beachtung finden.

Epidemiologische Befunde zu Substanzstörungen und psychischer Komorbidität

Laut einer grossen repräsentativen US-amerikanischen Untersuchung (NIMH Epidemiologic Catchment Area; Regier et al., 1990) erkrankten rund 22.5% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens an mindestens einer psychischen Störung (ausgeschlossen Alkohol- oder Drogenabhängigkeit). Für

Substanzstörungen wurde im Rahmen dieser Studie eine Lebenszeitprävalenz von 13.5% für Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit ermittelt, und 6.1% der US-amerikanischen Bevölkerung erfüllten während ihres Lebens mindestens einmal die Kriterien für Drogenmissbrauch/-abhängigkeit. Was die Prävalenz für die letzten 6 Monate angeht, so waren gemäss dieser Studien 6.1% der Population von mindestens einer Substanzstörung betroffen. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass Menschen mit Substanzstörungen laut verschiedener epidemiologischer Untersuchungen überzufällig häufig an einer oder mehreren weiteren psychischen Störungen leiden (Kessler et al., 2005; Kessler et al., 1994; Regier et al., 1990).

In diesem Zusammenhang wird häufig der Begriff der Doppeldiagnose verwendet, der im Allgemeinen das gemeinsame Vorkommen einer Substanzstörung und mindestens einer anderen psychischen Störung bezeichnet (Wittchen, 1996). Damit umfasst der Begriff vielfältige Kombinationen aus beiden Störungsklassen bzw. von Symptomen beider Störungsklassen, was allerdings keine Aussage über den Schweregrad der einen oder anderen Störung zulässt. Aufgrund ihrer Verbreitung sind Doppeldiagnosen in der Behandlung von Substanzstörungen ein klinisch bedeutsames Phänomen. So betrug die Lebenszeitprävalenz von Substanzstörungen in der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung nach der oben erwähnten epidemiologischen Studie rund 17%, bei Personen mit majoren Depressionen, bipolaren Störungen, Angststörungen und Schizophrenien hingegen 27-61% (Regier et al., 1990). Bemerkenswert ist des Weiteren die ermittelte Lebenszeitprävalenz von Substanzmissbrauch/-abhängigkeit unter Personen mit einer Persönlichkeitsstörung von rund 84%, insbesondere bei jenen mit einer antisozialen und anderen Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen (emotional-instabile, narzisstische, histrionische; vgl. auch Oldham et al., 1995; Skodol et al., 1999). Auch bei Personen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) finden sich gemäss epidemiologischer Studien hohe Lebenszeitprävalenzen von rund 22-43% (Jacobsen et al., 2001). In den letzten Jahren konnte zudem wissenschaftlich bestätigt werden, dass auch viele psychische Störungen mit einem erhöhten Risiko für späteren Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit assoziiert sind (Swendsen et al., 2010). Bedingt durch den oft langjährigen Substanzkonsum finden sich bei Menschen mit einer Substanzstörung neben den psychischen Komorbiditäten auch häufig gesundheitliche Schäden (z.B. Pankreatitis, Hepatitisinfektionen) und psychosoziale Probleme (z.B. sozialer Rückzug, Verschuldung), die es bei der Therapie ebenfalls zu berücksichtigen gilt.

Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung und ihre Grenzen

Psychotherapeutische Interventionen haben im Allgemeinen mehrheitlich positive Effekte (Grawe et al., 1994; Lambert & Ogles, 2004). Bei rund zwei Dritteln der psychotherapeutisch behandelten Personen kommt

es im Zusammenhang mit psychischen Krankheitsbildern zu klinisch relevanten Verbesserungen (Ogles et al., 1995). Allerdings ist gemäss einer Metaanalyse (Grawe et al., 1994, S. 677) bei 30% der Behandelten auch ohne psychotherapeutische Intervention mit einer bedeutsamen Verbesserung zu rechnen, und bei etwa 10% der Patientinnen und Patienten führt die Therapie zu einer Verschlechterung (Lambert & Ogles, 2004).

Obschon die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren auch für die Behandlung von Substanzstörungen belegt ist (Carroll & Onken, 2005; Dutra et al., 2008; Glasner-Edwards & Rawson, 2010), sind die Therapieabbruchraten bei Substanzstörungen Studienbefunden zufolge hoch, ungeachtet dessen, ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgt (Coviello et al., 2001; Gainey et al., 1993; Marrero et al., 2005; Paraherakis et al., 2000). Eine Therapie kann aber nur dann wirksam sein, wenn es gelingt, die Patientinnen und Patienten über einen Mindestzeitraum in der Behandlung zu halten. Zahlreiche Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg zeigen denn auch, dass die Länge der Zeit in Therapie bei Substanzstörungen positiv mit dem Therapieerfolg korreliert (Hoffman et al., 1996; Joe et al., 1999; Mertens et al., 2012; Simpson et al., 1999). Trotzdem gilt es bei den Substanzstörungen genauso wie bei anderen Erkrankungen mit hoher Rückfallneigung zu beachten, dass der Therapieprozess meist diskontinuierlich verläuft (Hubble et al., 2001, S. 42) und die Behandlungseffekte mit der Zeit abnehmen können (Orlinsky et al., 1994). Dementsprechend sollte die Behandlung in allen Phasen des Therapieprozesses flexibel und modulierbar sein und angepasst an die aktuelle Situation und die Veränderungsbereitschaft bzw. realistischen Veränderungswünsche der jeweiligen betroffenen Person angeboten werden (Brunette & Mueser, 2006; DiClemente & Prochaska, 1982; Drake et al., 2008). Kombinationen von gut aufeinander abgestimmten unterstützenden psychotherapeutischen Massnahmen, Verhaltensinterventionen und pharmakologischen Ansätzen scheinen in der Behandlung von Substanzstörungen denn auch als am meisten Erfolg versprechend zu sein (Carroll, 1997; Carroll & Onken, 2005; Kelly et al., 2012; Penberthy et al., 2010).

Allgemeine Therapieprinzipien

Ein zentrales Ziel in der Therapie ist es, Mittel und Wege zu finden, die ein vorzeitiges Abbrechen der Behandlung verhindern (Crits-Christoph & Siqueland, 1996; Marrero et al., 2005; Oldham et al., 2012). Dabei spielen u.a. das Therapiesetting, die therapeutische Beziehung, eine begleitende Pharmakotherapie, bestimmte Qualitätsmerkmale der Therapierenden sowie spezielle Merkmale und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eine entscheidende Rolle. Zahlreiche Studien zu verschiedenen Therapiesettings zeigen, dass eine höhere Behandlungsintensität häufiger zu besseren Therapieergebnissen führt (Carroll et al., 1991; Crits-Christoph & Siqueland, 1996; Hoffman et al., 1996; Kang et al., 1991; Moggi et al., 2010; Wells et al.,

1994). Allerdings sind diese Ergebnisse beeinflusst von der Erreichbarkeit eines bestimmten Patientenkollektivs und konnten in ambulanten Settings bisher nur teilweise bestätigt werden (Covi et al., 2002; Rosenblum et al., 1999; Rosenheck et al., 2010). Dies ist umso wichtiger, als viele Menschen mit Substanzstörungen eher bereit sind, sich einer weniger zeitaufwändigen ambulanten Therapie als einer stationären Behandlung zu unterziehen, was aus ökonomischen Überlegungen auch durchaus sinnvoll ist. Zudem haben ambulante Therapien aufgrund ihrer Reichweite häufig einen Vorteil, wenn es darum geht, eine längerfristige Behandlung anzubahnen. Ambulante Therapieprogramme haben sich zudem bei der Behandlung von mittelgradig ausgeprägten psychischen Störungen als ebenso erfolgreich erwiesen wie stationäre Therapien (Drake et al., 2004; Simpson et al., 1999). Der höhere Kostenaufwand bei stationären Behandlungen scheint vor allem bei Patientinnen und Patienten mit hohem Grad an psychischen Störungen und für diejenigen, die auf adäquate ambulante Therapieangebote nicht ansprechen, gerechtfertigt zu sein (Coviello et al., 2001; Drake et al., 2004). Kurzzeitige stationäre Behandlungen sind ebenfalls in Krisensituationen, insbesondere bei Selbst- und Fremdgefährdung, angezeigt, also wenn die Aufrechterhaltung bzw. Fortführung der ambulanten Therapie unmittelbar gefährdet ist (Ziedonis et al., 2005).

Wie bereits erwähnt, sind Therapieabbrüche bei Substanzabhängigkeiten auch in ambulanten Settings häufig und betreffen laut Gainey et al. (1993) mehr als die Hälfte der Behandelten. Dies gilt für die unterschiedlichsten psychotherapeutischen Ansätze und Programme. In einer Psychotherapiestudie mit kokainabhängigen Patientinnen und Patienten beendeten beispielsweise 45% die Behandlung nicht planmässig (Carroll et al., 1991). Eine auffällig hohe Therapieabbruchrate von 26% noch vor der ersten Behandlungssitzung wurde von Wells et al. (1994) berichtet. Auch in einer eigenen Studie erwies sich die Einbindung von Patientinnen und Patienten aus einer heroingestützten Behandlung in ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppentherapieprogramm als schwierig (Dursteler-MacFarland et al., 2013). Die Mehrheit der Versuchspersonen, die nach dem Zufallsprinzip dieser Therapie zugeteilt worden waren, schien das Gruppenangebot nicht zu akzeptieren und brach die Therapie vorzeitig ab oder besuchte die Therapiesitzungen lediglich sporadisch. Nur knapp ein Drittel nahm an neun der zwölf Gruppensitzungen teil. Weitere 10% besuchten gar keine Sitzung. Allerdings gehören Therapieabbrüche nicht nur bei Substanzstörungen zum therapeutischen Alltag. Laut Baekland & Lundwall (1975) beenden 20-57% aller Personen, die eine ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen, diese nach dem ersten Kontakt, und 31-56% besuchen maximal 4 Sitzungen. Anderen Quellen zufolge beenden etwa ein Drittel aller Patientinnen und Patienten eine Psychotherapie frühzeitig (Garfield, 1986). Dieser Anteil deckt sich mit den Befunden einer neueren Metaanalyse zu den psychosozialen Interventionen bei Substanzstörungen, wobei kokainabhängige Personen durchschnittlich die höchsten Drop-out-Raten (42%) aufwiesen (Dutra et al., 2008).

Gemäss den Daten des Bundesgesundheits surveys 1998 (Wittchen & Jacobi, 2001) ist die therapeutische Versorgungslage bei Menschen mit Substanzstörungen noch dadurch verschärft, dass im Durchschnitt nur 29% aller im Laufe eines Lebens an Substanzstörungen erkrankten Personen überhaupt behandelt werden. Dies mag verschiedenen Gründen geschuldet sein, hängt aber unter anderem auch mit überholten Strukturen, realitätsfremden Erwartungen und inadäquaten Behandlungsgrundsätzen des Versorgungssystems zusammen. So fordern beispielsweise immer noch zahlreiche Institutionen Abstinenzbereitschaft als Voraussetzung für eine Behandlung, und in vielen Behandlungsangeboten führt eine Fortführung oder Wiederaufnahme des Substanzkonsums noch immer zum Ausschluss (Gouzoulis-Mayfrank, 2007). Dies widerspricht der Charakterisierung der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (Weltgesundheitsorganisation, 1991), wonach es sich bei Abhängigkeiten um eine Gruppe von Phänomenen handelt, bei denen der Konsum einer Substanz Vorrang gegenüber anderen, früher höher bewerteten Verhaltensweisen habe, verbunden mit einem zeitweise übermächtigen Konsumwunsch und verminderter Kontrollfähigkeit bezüglich des Substanzkonsums. „Doch dann wird im Handumdrehen von den Kranken verlangt, dass sie auf ihre krankhaften Handlungen und Haltungen willentlich verzichten, um allein so der Vorteile der angebotenen Behandlung teilhaftig zu werden“ (Wurmser, 1990, S. 765).

Die klinische Erfahrung zeigt, dass Abstinenzbereitschaft oder gar Abstinenz als Vorbedingung für eine Behandlung für viele Patientinnen und Patienten ein zu hoch gestecktes Ziel ist (Ambrogne, 2002; Mowbray et al., 2013; Tenhula et al., 2009). Zudem haben sich sogenannte Motivationsprüfungen, z.B. in Form von mehrmaligen Vorgesprächen, verschiedentlich als kontraproduktiv erwiesen (Hoffman et al., 2011; Maddux et al., 1995; McCarty et al., 2009). Vielmehr ist die Verbesserung der Motivationslage heute als wichtiges Teilziel der Therapie zu verstehen, wobei die momentanen Beweggründe des jeweiligen Patienten bzw. der jeweiligen Patientin als Ausgangspunkt für die Behandlung dienen (Bujarski et al., 2013; Mowbray et al., 2013). Grundsätzlich sollte ein Therapiebeginn bei Menschen mit einer Substanzstörung so niederschwellig und schnell wie möglich erfolgen (Maddux et al., 1995; Tenhula et al., 2009). Dabei sollte sich die Therapie von Beginn weg an den aktuellen Bedürfnissen und Zielen der Patientinnen und Patienten orientieren (Bujarski et al., 2013; Lozano et al., 2006), und der Behandlungsfokus sollte zumindest bei Personen ohne Abstinenzwunsch zunächst einmal auf die Schadensminderung gelegt werden (McCarty et al., 2009; Ziedonis et al., 2005). Dies bedeutet, dass Interventionen, die mit dem Substanzkonsum assoziierte Risiken reduzieren, prioritär erfolgen sollten (Tenhula et al., 2009). Für viele Personen mit einer Substanzstörung ist eine dauerhafte Abstinenz als Therapieziel unrealistisch und manche unter ihnen werden erst nach jahrelanger Behandlung und der damit einhergehenden gefestigten therapeutischen Beziehung weiterführenden therapeutischen Interventionen zugänglich sein (Brunette & Mueser, 2006; Bujarski et al., 2013; Drake et al., 2008). Ein möglicher Ansatz,

um die Problemeinsicht und Bereitschaft zur Verhaltensänderung und damit die Akzeptanz gegenüber einer umfassenderen psychotherapeutischen Behandlung zu verstärken, bilden motivationsfördernde Kurzinterventionen, die auch bereits vor der eigentlichen Therapie der Substanzstörung im Einzel- oder Gruppensetting erfolgen können (Lozano et al., 2013; Moggi & Donati, 2004; O'Toole et al., 2002; Oldham et al., 2012). Erwogen werden könnte auch der Einsatz eines Anreizsystems, bei dem die Motivation extrinsisch gefördert wird, z.B. indem die Besuche der therapeutischen Sitzungen durch Preise oder andere Anreize belohnt werden (Branson et al., 2012; Businelle et al., 2009; Petry et al., 2005).

Prinzipiell bedarf es in der Therapie abhängiger Menschen einer dauerhaft unterstützenden und geduldig motivierenden Vorgehensweise. Motivationsarbeit ist angesichts störungsbezogener Compliance-Probleme in jeder Phase der Behandlung von zentraler Bedeutung. Die Behandlungsplanung sollte in jedem Fall langfristig angelegt sein, mit Rückfällen und vermeintlichen „Rückschritten“ jeder Art ist immer wieder zu rechnen; und auch gleichsam kleine Fortschritte der Patientinnen und Patienten gilt es entsprechend zu würdigen (Danovitch & Gorelick, 2012; McCarty et al., 2009; Schaefer et al., 2011; Torrens et al., 2012). Hierfür bedarf es des Aufbaus einer als hilfreich erlebten, tragfähigen und belastbaren therapeutischen Beziehung (Dundon et al., 2008; Siqueland et al., 2004). Die Motivationsarbeit sollte sich allerdings nicht nur auf die Substanzstörung beziehen, viel eher sollte sie immer die gesamte Krankheits- und Lebenssituation der Behandelten sowie deren Anliegen und Ressourcen miteinbeziehen (Ziedonis et al., 2005).

Therapeutische Beziehung

Aus der Psychotherapieforschung ist bekannt, dass die Unterschiede zwischen Therapierenden im Allgemeinen grösser sind als die Unterschiede, die sich zwischen den verschiedenen Therapieverfahren ergeben (Lambert & Ogles, 2004; Norcross & Wampold, 2011; Wampold, 2012; Wampold et al., 2002). Dies dürfte für die Behandlung von Substanzstörungen genauso gelten (z.B. Crits-Christoph et al., 2001; Project-MATCH-Research-Group, 1997). Wie erfolgreich Therapeutinnen und Therapeuten sind, hängt vor allem von ihren interpersonellen Fähigkeiten ab und steht interessanterweise kaum in einem Zusammenhang damit, wie viel therapeutische Berufserfahrung sie haben (Lambert & Ogles, 2004). Die Therapietechnik ist im Vergleich zu allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie, wie der Qualität des therapeutischen Arbeitsbündnisses und der interpersonellen Fähigkeiten der Therapierenden, nur von geringer Bedeutung für den Behandlungserfolg (Messer & Walpold, 2002; Norcross & Wampold, 2011). Höchstens 8% des Therapieerfolgs lassen sich auf die Therapietechnik, aber mindestens 70% auf gemeinsame Faktoren, wie die sogenannte therapeutische Allianz („Therapist-Client Alliance“) und therapeutische Fähigkeiten („Competence“), zurückführen (Messer & Walpold, 2002).

Für die Einzeltherapie ist die Bedeutung der Qualität der therapeutischen Beziehung für das Ergebnis der Behandlung zweifelsfrei nachgewiesen, und zwar für die unterschiedlichsten Therapieformen. Sie kann als der empirisch am besten abgesicherte Wirkfaktor der Psychotherapie angesehen werden (Grawe et al., 1994, S. 706). Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist denn auch direkt mit dem Therapieverlauf der Substanzstörung verbunden (Dundon et al., 2008), und es gibt Hinweise dafür, dass die therapeutische Beziehung alleine in Unabhängigkeit zum Psychotherapieinhalt für einen verbesserten Therapieverlauf verantwortlich sein könnte (Martin et al., 2000). Bei Menschen mit Substanzstörungen gilt es zu berücksichtigen, dass viele im Laufe ihres Lebens Opfer von Stigmatisierungen und traumatischen Ereignissen geworden sind und aufgrund ihrer Diagnose bereits negative Erfahrungen mit den Versorgungssystemen der Medizin und der Suchthilfe sowie staatlichen Organisationen gemacht haben (Dube et al., 2003; Smith & Rosen, 2009; Vogel et al., 2011). Dies kann den Aufbau und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung erschweren. Nicht selten müssen sich die Patientinnen bzw. Patienten in der Therapie wieder aneignen, was es bedeutet, jemandem zu vertrauen. Vielleicht haben sie gelernt, dass es sich lohnt, anderen zu misstrauen. Ebenso sind sie vielleicht zur Einsicht gelangt, dass es sich nicht lohnt, sich selber Vertrauen zu schenken. Gerade deshalb ist für ihre Behandlung ein zuverlässiger, von Wertschätzung und Empathie getragener Beziehungsraum besonders wichtig.

Voraussetzung für eine Erfolgversprechende therapeutische Herangehensweise an Menschen mit einer Substanzstörung ist in jedem Fall eine respektvolle professionelle, nicht wertende und empathische Haltung, die den Leidensdruck der Patientinnen und Patienten versteht und akzeptiert und ihnen echtes Interesse für die Lösung ihrer Anliegen und Probleme vermittelt (McCarty et al., 2009; Stohler & Dursteler-MacFarland, 2003). „Wirksame“ Therapeutinnen und Therapeuten zeigen im Vergleich zu weniger „wirksamen“ insgesamt mehr positive und weniger negative Verhaltensweisen (Asay & Lambert, 2001). Zu den positiven zählen nach Asay & Lambert (2001, S. 55) beispielsweise Wärme, Anteilnahme, Verständnis und Bestätigung, während Geringschätzung, Ignorieren, Moralisieren oder Abweisen Beispiele für negative therapeutische Verhaltensweisen darstellen. Eine Atmosphäre beidseitigen Vertrauens ist für den Erfolg jeder therapeutischen Intervention unabdingbar, und zwar ungeachtet, ob die Therapierenden eher personenzentriert, psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch arbeiten (Norcross & Wampold, 2011). Daher gilt es jede Intervention hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf die Beziehungsallianz und das Arbeitsbündnis mit der Patientin bzw. dem Patienten zu hinterfragen.

Die Haltung der Therapierenden sollte den Patientinnen und Patienten zudem immer vermitteln, dass sie ihr Bestes zu geben suchen, ohne sie zu etwas drängen zu wollen. Die Therapierenden sollten ihnen gegenüber auch in heiklen Momenten akzeptierend, zugewandt und empathisch bleiben, ohne dass sie die Verantwortung für deren Handeln übernehmen.

Dabei dienen sie den Patientinnen und Patienten immer als Vorbild. Dieser Funktion sollten sich die Therapierenden in ihrem Handeln jederzeit bewusst und stets bemüht sein, sich dementsprechend zu verhalten. Es obliegt auch den Therapierenden, ihren Patientinnen und Patienten das nötige Wissen über die bestehenden Erkrankungen und deren Behandlung verständlich zu vermitteln, Therapieangebote zu unterbreiten und mögliche Alternativen zu problematischen Verhaltensweisen aufzuzeigen. Die Entscheide für oder gegen ein Angebot liegen jedoch immer bei der Patientin bzw. beim Patienten. Wie bei allen anderen Patienten und Patientinnen gilt es auch bei der Therapie von Menschen mit Substanzstörungen, deren subjektive Theorie über ihre Erkrankung und ihre Lebensbezüge zu erfragen und in die Behandlung einzubeziehen (Norcross & Wampold, 2011).

Auswahl wirksamer psychotherapeutischer Behandlungsmethoden

Menschen mit Substanzstörungen benötigen unterschiedliche Behandlungsansätze, wobei auf der Basis eines Expertenkonsensus eine Reihe von Verfahren kontraindiziert sind (Norcross et al., 2010). Zu diesen zählen unter anderen das Neuro-Linguistische Programmieren, die sogenannte Rückführungs- oder Reinkarnationstherapie sowie Aversions- und Schocktherapien (z.B. sog. Scared Straight-Programme). Konfrontative Methoden haben sich in der Behandlung von Substanzstörungen generell als ineffektiv erwiesen (Miller et al., 2003; Thomasius & Küstner, 2005) und können sogar zu unerwünschten Therapieergebnissen führen (Lieberman et al., 1973; Norcross & Wampold, 2011). Beispielsweise erzeugen konfrontative und beherrschende Methoden ein hohes Maß an Widerstand, der sich nicht nur negativ auf die Behandlungsbereitschaft der Patientinnen und Patienten, sondern auch auf das Behandlungsergebnis auswirken kann (Longshore & Teruya, 2006; Lundahl & Burke, 2009; Saunders & Wilkinson, 1990). Eine geeignete Intervention zur Förderung intrinsischer Motivation bieten die Grundsätze und Techniken der motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 1999). Die Wirksamkeit dieses motivationalen Therapieansatzes wurde nicht nur für die verschiedensten Substanzstörungen, sondern auch im Zusammenhang mit der Förderung „erwünschter“ Verhaltensänderungen bei psychischen Störungen und somatischen Erkrankungen (z.B. zur Förderung der Adhärenz) nachgewiesen (vgl. z.B. Carroll et al., 2006; Nyamathi et al., 2010a; Oldham et al., 2012; Rosenblum et al., 2005). Es handelt sich dabei um einen direktiven, personenzentrierten Beratungs-/Behandlungsstil mit dem Ziel, intrinsische Motivation zur Änderung eines problematischen Verhaltens durch Explorieren und Auflösen von Ambivalenz aufzubauen. Motivation wird dabei als wesentlicher Faktor bei der Veränderung von Problemverhalten gesehen (DiClemente & Prochaska, 1982). Als wichtige Grundregel gilt hierbei, dass Therapierende den Widerständen der Patientinnen und Patienten stets mit Offenheit und nicht mit Widerstand begegnen. Bereits das Anerkennen konträrer Meinungen, Wahrnehmungen und Gefühle durch den

Therapeuten bzw. die Therapeutin unterstützt die zu Behandelnden darin, ihre Abwehrhaltung abzubauen und alternative Verhaltensweisen zu erwägen (Norcross & Wampold, 2011).

Obschon die motivierende Gesprächsführung nach heutigem Erkenntnisstand nicht effektiver zu sein scheint als andere motivationsfördernde Standardverfahren (z. B. kognitiv-behaviorale Therapieverfahren), wenn es um die Reduktion des Substanzkonsums geht, sprechen doch einige Argumente für diesen Ansatz (Lundahl & Burke, 2009; Smedslund et al., 2011). Einerseits ist die motivierende Gesprächsführung sehr ökonomisch und in unterschiedlichsten Formaten und Behandlungssettings einsetzbar. Andererseits ist der Ansatz bezüglich Art und Schwere der Störung sehr vielseitig anwendbar und lässt sich mit anderen Verfahren gut kombinieren und leicht in unterschiedliche Behandlungspläne integrieren (Lundahl & Burke, 2009).

Ein weiteres evidenzbasiertes Element in der Behandlung von Substanzstörungen stellen psychoedukative Interventionen dar (Ziedonis et al., 2005). Diese sind meist verhaltenstherapeutisch orientiert und dienen hauptsächlich dazu, den Patientinnen und Patienten auf einfache und verständliche Art Wissen rund um ihre Störungsbilder und Erkrankungen zu vermitteln (Gouzoulis-Mayfrank, 2008). Darüber hinaus werden aber auch Kompetenzen zu unterschiedlichen Problemen und Aufgaben vermittelt. Diese Interventionen haben das Potential, sowohl den Umgang mit der eigenen Erkrankung zu verändern als auch die Bereitschaft für andere psychotherapeutische und pharmakologische Interventionen zu verbessern (Nyamathi et al., 2010b; Ziedonis et al., 2005). Dementsprechend haben sie sich auch bei der Behandlung von Doppeldiagnosen bewährt (Gouzoulis-Mayfrank, 2007; Ziedonis et al., 2005). Psychoedukative Manuale für deren Behandlung liegen auch in deutscher Sprache vor; das sogenannte KomPAKT (Komorbidität Psychose und Abhängigkeit: Psychoedukatives Training) von Gouzoulis-Mayfrank (2007) wird in der Regel als Gruppentherapie angeboten, während GOAL (Gesund und Ohne Abhängigkeit Leben) das Familiensystem in die Psychoedukation einbezieht (D'Amelio et al., 2007). Auch für die psychotherapeutische Behandlung von Substanzstörungen ohne Komorbidität gibt es deutsche Manuale, die psychoedukative Techniken für den ambulanten und stationären Rahmen vermitteln (Schober et al., 2012). Allerdings steht bei psychoedukativen Programmen meist der Kurscharakter im Vordergrund. Auf die aktuelle Situation und den individuellen Verlauf der einzelnen Patientinnen und Patienten wird weniger eingegangen und entsprechende Anpassungen erfordern von den Therapierenden viel Geschick und fundiertes Wissen.

Kognitiv-behaviorale Verfahren sind in der Behandlung von Substanzstörungen wissenschaftlich gut evaluiert und bilden häufig eine wichtige Komponente im psychotherapeutischen Behandlungsangebot (Carroll & Onken, 2005; Dutra et al., 2008). Im Allgemeinen gehen diese Interventionen davon aus, dass

dysfunktionale Gedanken und Überzeugungen sowie Lernprozesse (klassisches und operantes Konditionieren, Modelllernen u.a.) bei der Entstehung und Fortdauer einer Substanzstörung eine wichtige Rolle spielen. Im Rahmen kognitiver Verhaltenstherapien können diese Lernprozesse auch genutzt werden, um abhängige Personen dabei zu unterstützen, ihr Konsumverhalten zu verändern. Es handelt sich um zielgerichtete, strukturierte Kurzzeitverfahren, die meist ambulant im Einzel- oder Gruppensetting durchgeführt werden. Zu den üblichen kognitiv-behavioralen Interventionen gehören v.a. die störungsspezifische Verhaltensanalyse und das Training „neuer“ Fertigkeiten. Letztere umfassen in der Regel die Bewältigung von Risikosituationen einschliesslich eines Ablehnungstrainings von Substanzangeboten, den Umgang mit dem Substanzverlangen, mit Stresssituationen und negativen Affekten (z.B. Angst, Ärger, Trauer, Schuldgefühle, Langeweile), das Erkennen dysfunktionaler Gedanken, das Erarbeiten von Problemlösungsstrategien sowie die Förderung und Entwicklung sozialer Kompetenzen. Weniger einheitlich werden im Rahmen kognitiver Verhaltenstherapien auch Ansätze zur Änderung des Lebensstils in Alltag, Beruf und Freizeit vermittelt. Mit Hilfe der verschiedenen kognitiv-behavioralen Interventionen sollen Menschen mit Substanzstörungen also erkennen, in welchen Situationen sie am ehesten zum Substanzkonsum neigen, sie sollen solche Situationen nach Möglichkeit meiden und verschiedene Probleme und problematische Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum besser bewältigen lernen (Carroll & Onken, 2005). In deutscher Sprache liegen mittlerweile eine Reihe kognitiv-behavioraler Therapiemanuale zur Behandlung von Substanzstörungen vor, z.B. zur Rückfallprävention mit alkoholabhängigen Menschen (Körkel & Schindler, 2003) oder für die Behandlung von Kokainabhängigkeit (Dürsteler-MacFarland et al., 2010).

Seit etwa 20 Jahren werden im Zusammenhang mit der Behandlung von Substanzstörungen auch die Möglichkeiten des Kontingenzmanagements wissenschaftlich untersucht (Higgins et al., 2002; Petry, 2006; Petry et al., 2000). Das Kontingenzmanagement umfasst verhaltenstherapeutische Ansätze, bei denen ein erwünschtes Verhalten mit Hilfe von extrinsischen Verstärkern (Belohnungen) gefördert wird. So werden beispielsweise negative Urinuntersuchungsergebnisse sogenannt kontingent (d.h. unmittelbar, regelhaft und erkennbar) mit Gutscheinen oder Preisen belohnt, um Substanzabstinenz zu erreichen bzw. zu erhalten. Üblicherweise steigt der Wert der Belohnung mit der Länge der Abstinenzphase. Das Kontingenzmanagement kann zusätzlich zu anderen Verfahren oder als Einzelintervention zum Einsatz kommen. Die Verwendung von extrinsischen Verstärkern kann ein wichtiges Element eines Behandlungsplans sein, da das Therapieresultat einem Reiz-Reaktionsprozess entstammt und nicht „inneren“ Erkenntnissen, die unter Umständen lange Entwicklungszeit in Anspruch nehmen würden (Kelly et al., 2012). Eine Einschränkung für den Einsatz dieser Therapieform, die in ihrer Effektivität auch vom Wert der Belohnung abhängt, ist das Fehlen von Kostenträgern. Im Vergleich zu herkömmlichen Therapieprogrammen verspricht diese Therapiemethode bei der Behandlung von Substanzstörungen

jedoch eine höhere Effektivität bezüglich Erreichbarkeits-, Halte- und Abstinenzraten (Dutra et al., 2008; Petry, 2006). Im deutschsprachigen Raum ist das Kontingenzmanagement noch wenig erforscht. Insofern gilt es zu prüfen, inwieweit sich die in den USA erzielten Erfolge und die Anwendung der Methode in Zentren des öffentlichen Gesundheitswesens auf hiesige Verhältnisse übertragen lassen. Diesen Fragen geht unter anderem ein aktuelles Forschungsprojekt nach, das vom Schweizerischen Nationalfonds gefördert wird (Petitjean et al., 2012).

Eine weitere Therapieform, die sich u.a. bei der Behandlung von opiat- und kokainabhängigen Patienten bzw. Patientinnen als effektiv erwiesen hat (Woody et al., 1983; Woody et al., 1987), ist die supportiv-expressive Therapie von Luborsky (1984). Dieser kurzzeittherapeutische psychodynamisch-orientierte Ansatz beruht auf der Annahme, dass der psychischen Symptomatik ein zentrales Beziehungskonfliktthema zugrunde liegt, auf welches die Therapie fokussiert (Connolly et al., 1998). Während der Therapie wird das Beziehungskonfliktthema sowohl in gegenwärtigen sowie in vergangenen Beziehungen als auch in der Therapiebeziehung durchgearbeitet. Dabei bedienen sich die Therapierenden einerseits stützender und entwicklungsfördernder (supportiver) und andererseits deutender (expressiver) Interventionen. Je schwerer ausgeprägt die Störung ist, desto mehr sollten supportive statt expressive Interventionen zum Einsatz kommen. Auch bei den supportiven Interventionen ist das Herstellen einer „hilfreichen“ therapeutischen Allianz von zentraler Bedeutung (Luborsky, 1984). Hierbei vermitteln die Therapierenden den Patientinnen und Patienten das Gefühl, verstanden, akzeptiert und wertgeschätzt zu werden; darüber hinaus machen sie ihnen deutlich, sie beim Erreichen ihrer Therapieziele zu unterstützen. Die Therapierenden geben Rückmeldung über erzielte Fortschritte, helfen aber auch (noch) notwendige Abwehrmechanismen beizubehalten. Indem das gemeinsame Arbeiten an den Zielsetzungen unterstrichen wird, versuchen die Therapierenden des Weiteren ein „Wir-Bündnis“ zu fördern (Luborsky, 1984). Für die Behandlung verschiedener Substanzstörungen liegen in englischer Sprache spezifische Therapiemanuale vor (z.B. Grenyer et al., 1995).

Behandlung nach Therapiemanualen

Zur Anwendung von Therapiemanualen gilt es generell zu bemerken, dass eine ausreichende Individualisierung und Flexibilität in deren Umsetzung kein einfaches Unterfangen ist. Ein zu starres therapeutisches Festhalten an den Vorgaben eines Manuals kann von den Behandelten als Desinteresse an ihrer Person verstanden werden oder an ihren Anliegen und Bedürfnissen vorbeiziehen. Zudem können unterschiedliche Faktoren wie zusätzliche psychische Störungen, neurokognitive Defizite oder akute Krisensituationen die Durchführung von manualisierten Therapien erschweren und gewichtige Anpassungen bezüglich der Reihenfolge der Themen, Gestaltung der Sitzungen, Vertiefung und Wiederholung einzelner Aspekte erfordern (Gouzoulis-Mayfrank, 2008). Dies bedingt von Therapierenden nicht nur

ein hohes Mass an Flexibilität, sondern auch viel Feingefühl, Empathie und Erfahrung. Insgesamt hat ein Vorgehen nach spezifischen Therapiemanualen bezüglich des Therapieergebnisses keine Verbesserung zur Folge, wie Vergleichsstudien zwischen manualisierten und nicht-manualisierten Psychotherapien belegen (Ogles et al., 2001, S. 231). Dies dürfte auch für die Behandlung von Substanzstörungen gelten. Dennoch bieten evidenzbasierte manualisierte Therapien zahlreiche Vorteile, die es ebenso zu berücksichtigen gilt. Manualisierte Therapien stellen nicht nur für die Lehre und Forschung sehr nützliche Instrumente dar. Vielmehr tragen sie auch in der Praxis zu verbesserten Qualitätsstandards der Therapie und möglicherweise auch zu einer verbesserten Indikationsstellung bei, was angesichts der zunehmend begrenzteren Behandlungsressourcen wichtig scheint.

Therapiewahl und Behandlungsplanung

Die Frage, ob bestimmte Patiententypen einer spezifischen Therapie zugeführt werden sollten, kann aus Überlegungen der Wirksamkeit bislang nicht eindeutig beantwortet werden (Ahn & Wampold, 2001). Allerdings können andere Gründe durchaus dafür sprechen, z.B. ökonomische Überlegungen oder die Vereinfachung von Behandlungsplanung und -durchführung. Auch grossangelegte Studien, die bei Substanzstörungen durchgeführt wurden, zeigten bislang keine eindeutigen bzw. keine relevanten Unterschiede zwischen verschiedenen Methoden oder bestimmten Patiententypen innerhalb der gleichen Methode (Anton et al., 2006; Crits-Christoph et al., 1999; Crits-Christoph et al., 2001; Project-MATCH-Research-Group, 1997). Dies legt nahe, dass es durchaus andere bzw. gemeinsame Faktoren gibt, die den erfolgreichen Verlauf einer psychotherapeutischen Interventionen (mit) bestimmen (Ahn & Wampold, 2001; Bergmark, 2008).

Eine wesentliche Voraussetzung für die Planung und Durchführung einer Erfolg versprechenden Behandlung ist in jedem Fall und ungeachtet der gewählten psychotherapeutischen Intervention eine ausführliche Anamnese und sorgfältige diagnostische Abklärung mit einer differenzierten Diagnosestellung. Eine detaillierte Anamnese liefert bereits viele wichtige Informationen über die Biografie und aktuelle Lebenssituation der Patientinnen und Patienten, über ihre Beschwerden und Probleme, aber auch über ihre Ressourcen. Allerdings ermöglicht erst eine gründliche und umfassende Diagnostik eine sinnvolle und individuell abgestimmte Behandlung (Moggi & Donati, 2004). Der diagnostische Prozess gestaltet sich häufig langwierig und erfordert den Einbezug unterschiedlicher Methoden und Informationsquellen (Torrens et al., 2012). So weit als möglich sollte die Diagnostik mittels validierter Instrumente erfolgen und immer klinische Verlaufsbeobachtungen einschliessen. Bei der Behandlungsplanung sind neben den vorhandenen Störungen weitere Komponenten zu berücksichtigen, z.B. ob Suizidalität vorliegt oder sich der Patient bzw. die Patientin in einer anderen Krisensituation befindet.

Integrative Behandlung von Doppeldiagnosen

Eine besondere Herausforderung in der Therapie von Menschen mit Substanzstörungen stellt der Umstand dar, dass diese häufig an weiteren psychischen Störungen leiden. Heute besteht mehrheitlich Konsens darüber, dass eine integrative Behandlung von Doppeldiagnosen die Therapie der Wahl ist (Murthy & Chand, 2012; Torrens et al., 2012). Diese Form der Behandlung beinhaltet eine zeitgleiche und langfristig angelegte Therapie beider Störungen in ein und demselben Setting, meist durch ein psychiatrisch und suchttherapeutisch erfahrenes multiprofessionelles Therapeutenteam (Drake et al., 2004; Torrens et al., 2012; Ziedonis et al., 2005). Damit sollen die Schwächen der parallelen oder sequentiellen Behandlungspraxis überwunden werden, in der die vorhandenen Störungen gleichzeitig oder nachfolgend in unterschiedlichen Institutionen durch unterschiedliche Therapierende behandelt werden (Gouzoulis-Mayfrank, 2008; Ridgely et al., 1990). Um persönlichen Eigenschaften und Motivationszuständen Rechnung zu tragen, sollte eine integrative Behandlung immer individualisiert dargeboten werden (Drake et al., 2004; Ziedonis et al., 2005).

Allerdings stellen sowohl die Heterogenität der Krankheitsbilder als auch die teilweise komplexe Dynamik, die sich aus der Wechselwirkung zwischen der Substanzstörung und der psychischen Störung ergibt, in vielen Fällen hohe Anforderungen an die Behandelnden. Vielerorts herrscht zudem nach wie vor die Meinung vor, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose besonders schwierig zu behandeln oder sogar therapieresistent seien (Krausz & Watermann, 2000). Die vorhandenen Befunde scheinen denn auch zu belegen, dass komorbide gegenüber „nicht komorbiden“ Patientinnen und Patienten grundsätzlich eine schlechtere Compliance sowie einen ungünstigeren Behandlungs- und Krankheitsverlauf mit häufigeren Rückfällen und stationären Aufenthalten aufweisen (Gouzoulis-Mayfrank, 2008; Torrens et al., 2012). Inwieweit dies tatsächlich zutrifft, mag unter anderem auch davon abhängen, ob und wie die gleichzeitig vorhandenen psychischen Störungsbilder behandelt werden. Im Allgemeinen besteht beim Vorliegen von Doppeldiagnosen ein hohes Chronifizierungsrisiko, da in der Therapie häufig die eine oder andere Störung unzureichend behandelt wird oder unerkannt und somit unbehandelt bleibt (Krausz & Watermann, 2000; Osher & Drake, 1996). Durch das Fehlen von integrativen Therapieangeboten kommt es bei Menschen mit einer Doppeldiagnose häufig zu gar keiner Behandlung oder zu Ping-Pong-Therapien, bei denen sie zwischen Suchthilfeeinrichtungen und psychiatrischen Institutionen hin- und hergeschoben werden, ohne dass sich eine Behandlungsstätte für sie zuständig fühlt (Gouzoulis-Mayfrank, 2008). Die Folgen sind frühzeitiger Therapieabbruch, geringes Ansprechen auf die Therapie, hohe Rückfallraten, vermehrte Rehospitalisationen („Drehtüreffekt“) und entsprechende Folgekosten (Ridgely et al., 1990; Tenhula et al., 2009; Torrens et al., 2012).

Aufgrund des in der Therapie häufig auftretenden Motivationsmangels bei Menschen mit Substanzstörungen, der gerade auch für diejenigen mit komorbiden psychischen Störungen typisch ist, wurden Behandlungsphasen entwickelt, die früh, d.h. vor der eigentlichen Therapie, ansetzen. Die Behandlungsphasen lassen sich nach Moggi & Donati (2004) wie folgt gliedern:

1. Die Patientinnen und Patienten in eine vertrauensvolle therapeutische Arbeitsbeziehung einbinden (Behandlungsallianzen und Krankheitseinsicht),
2. den in eine Therapie eingebundenen Patientinnen und Patienten helfen, die Motivation zu entwickeln, sich auf eine gesundheitsorientierte psychiatrische Intervention einzulassen (Überzeugung und Veränderungsmotivation),
3. den motivierten Patientinnen und Patienten helfen, persönliche Fertigkeiten zu erwerben und soziale Unterstützung zu holen, um ihre Störungen zu kontrollieren und ihre Ziele zu verfolgen (aktive Behandlung und Veränderung),
4. den stabilen und remittierten Patientinnen und Patienten helfen, Strategien für die Rückfallprävention zu entwickeln und erfolgreich anzuwenden (Rückfallprävention und Gesundheitsförderung).

Wenn die therapeutische Beziehung tragfähig entwickelt ist, gilt es zu prüfen, ob die Patientinnen und Patienten über ausreichende Kontrolle über ihr Erleben und Verhalten verfügen, ob die emotionale Reagibilität ausreichend steuerbar ist, ob neurokognitive Störungen die Auffassung und Merkfähigkeit unterminieren und ob Umgebungsfaktoren (z.B. Bezugspersonen) den Therapieprozess beeinflussen können. Die Wahl des therapeutischen Behandlungsfokus sollte störungsübergreifend sein und sich jeweils an der Motivationslage und der präsentierten Symptomatik orientieren. Neben akuter Suizidalität (und gegebenenfalls Fremdgefährdung) gilt es Verhaltensmuster zu berücksichtigen, welche die Aufrechterhaltung bzw. Fortführung der Therapie unmittelbar gefährden (Ziedonis et al., 2005). Dabei sind nicht nur „problematische“ Verhaltensweisen der Patienten bzw. der Patientinnen, sondern auch diejenigen der Therapierenden oder Schwierigkeiten innerhalb des therapeutischen Settings zu beachten. Neben den psychotherapeutischen Interventionen stellt auch die Pharmakotherapie einen festen und wichtigen Bestandteil in der integrativen Behandlung von Doppeldiagnosen dar (Gouzoulis-Mayfrank, 2008; Torrens et al., 2012).

Fazit

Für die Behandlung von Substanzstörungen gibt es mittlerweile eine Reihe wissenschaftlich fundierter psychotherapeutischer Interventionen, die am besten auf der Basis einer stabilen therapeutischen Beziehung kombiniert, individuell abgestimmt und phasenspezifisch zur Anwendung gelangen. Nach wie vor nimmt allerdings nur ein Teil der betroffenen Personen eine Therapie

in Anspruch, und von jenen, die sich in eine Behandlung begeben, brechen viele die Therapie frühzeitig ab. Dies mag einerseits dem Umstand geschuldet sein, dass Substanzstörungen (noch) nicht überall als Erkrankung wahr- und ernstgenommen werden. Des Weiteren sind aber auch strukturelle und konzeptionelle Mängel im Versorgungssystem dafür verantwortlich, dass die Behandlungs- und Abbruchraten suboptimal sind und nicht alle relevanten Störungsbilder erkannt bzw. adäquat behandelt werden.

Aus therapeutischer Sicht wünschenswert ist in jedem Fall ein flexibles, modulierbares und individualisiertes Vorgehen, bei dem die Behandlung so rasch und niederschwellig wie möglich erfolgt und die Patientinnen und Patienten in einem Setting behandelt werden, das so wenig restriktiv wie möglich ist. Abstinenzbereitschaft sollte dabei nicht vorausgesetzt werden. Vielmehr sollte sich die Behandlungsplanung an der aktuellen Situation der Patientinnen und Patienten orientieren und mit der Therapie eine Verbesserung der Lebensqualität angestrebt werden. Ein zuverlässiger, von Wertschätzung und Empathie getragener Beziehungsraum ist in der Behandlung von Substanzstörungen von besonderer Bedeutung.

Für eine bedarfsgerechte therapeutische Versorgung von Doppeldiagnosen besteht immer noch erheblicher Nachholbedarf. Aufgrund der Häufigkeit von Doppeldiagnosen sind strukturelle und konzeptionelle Anpassungen im Versorgungssystem erforderlich. Die Behandelnden müssen in der Lage sein, nicht nur Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, sondern auch die unterschiedlichen Kombinationen von Substanzerkrankungen und weiteren psychischen Störungen zu identifizieren und zu therapieren. Parallele oder sequentielle Behandlungsversuche tragen bei Doppeldiagnosen erheblich zu den häufig ungünstigen Behandlungsergebnissen bzw. Krankheitsverläufen bei. In den therapeutischen Einrichtungen müssen die Mitarbeitenden bezüglich Diagnostik und Therapie nicht nur suchttherapeutisch, sondern auch psychiatrisch geschult und erfahren sein. Im Sinne individualisierter und stadiengerechter Interventionen sollte der Fokus der psychotherapeutischen Behandlung bei wenig motivierten Patienten zunächst auf motivational-supportiven und psychoedukativen Methoden liegen. Spezifische verhaltenstherapeutische und andere psychotherapeutische Interventionen sollten erst in späteren Behandlungsstadien zum Einsatz kommen, insbesondere erst nachdem die therapeutische Beziehung gefestigt ist. Zudem gilt es alle psychotherapeutischen Interventionen hinsichtlich ihrer Folgen für die therapeutische Beziehung zu reflektieren und auf die medikamentöse Therapie abzustimmen. Letztere stellt in der Behandlung von Doppeldiagnosen einen festen und wichtigen Bestandteil dar.

Ein Umdenken scheint auch hinsichtlich der Forschungspraxis notwendig zu sein. Obwohl die existierenden Studien und Reviews aufschlussreich sind, mangelt es nach wie vor an erkenntnisorientierter Forschung, die Therapierende ausreichend über kombinierte, klinisch effektive Behandlungsmöglichkeiten bei Substanzstörungen mit und ohne weitere

psychische Störungen informiert (Kelly et al., 2012). Da es sich gerade bei Doppeldiagnosen um multipel determinierte und komplexe Störungsbilder handelt, sollte der Fokus der Forschung zukünftig weniger auf dem Vergleich einzelner Therapieverfahren oder einfacher Kombinationen von psycho- und pharmakotherapeutischen Behandlungsansätzen liegen (Orford, 2008), sondern vielmehr auch bestehende Therapiesettings, -kombinationen und -prozesse zu evaluieren suchen.

Literatur

Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Counsel Psychol*, *48*, 251-257.

Ambrogne, J. A. (2002). Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. *J Subst Abuse Treat*, *22*(1), 45-53.

Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, D. M., Gastfriend, D. R., Hosking, J. D., Johnson, B. A., LoCastro, J. S., Longabaugh, R., Mason, B. J., Mattson, M. E., Miller, W. R., Pettinati, H. M., Randall, C. L., Swift, R., Weiss, R. D., Williams, L. D., & Zweben, A. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA*, *295*(17), 2003-2017.

Asay, T. P., & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Modernes Lernen.

Baekland, A., & Lundwall, I. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychol Bull*, *82*, 738-783.

Bergmark, A. (2008). On treatment mechanisms-what can we learn from the COMBINE study? *Addiction*, *103*(5), 703-705.

Branson, C. E., Barbuti, A. M., Clemmey, P., Herman, L., & Bhutia, P. (2012). A pilot study of low-cost contingency management to increase attendance in an adolescent substance abuse program. *Am J Addict*, *21*(2), 126-129.

Brunette, M. F., & Mueser, K. T. (2006). Psychosocial interventions for the long-term management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *J Clin Psychiatry*, *67 Suppl 7*, 10-17.

Bujarski, S., O'Malley, S. S., Lunny, K., & Ray, L. A. (2013). The effects of drinking goal on treatment outcome for alcoholism. *J Consult Clin Psychol*, *81*(1), 13-22.

Businelle, M. S., Rash, C. J., Burke, R. S., & Parker, J. D. (2009). Using vouchers to increase continuing care participation in veterans: does magnitude matter? *Am J Addict*, *18*(2), 122-129.

Carroll, K. M. (1997). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy to improve drug abuse outcomes. *Addict Behav*, *22*(2), 233-245.

Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., Kunkel, L. E., Mikulich-Gilbertson, S. K., Morgenstern, J., Obert, J. L., Polcin, D., Snead, N., & Woody, G. E. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *Drug Alcohol Depend*, *81*(3), 301-312.

- Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral Therapies for Drug Abuse. *Am J Psychiatry*, 162(8), 1452-1460.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., & Gawin, F. H. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 17(3), 229-247.
- Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Shappell, S., Barber, J. P., & Luborsky, L. (1998). Therapist interventions in early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy for depression. *J Psychother Pract Res*, 7(4), 290-300.
- Covi, L., Hess, J. M., Schroeder, J. R., & Preston, K. L. (2002). A dose response study of cognitive behavioral therapy in cocaine abusers. *J Subst Abuse Treat*, 23(3), 191-197.
- Coviello, D. M., Alterman, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., McKay, J. R., & Zanis, D. A. (2001). The effectiveness of two intensities of psychosocial treatment for cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend*, 61(2), 145-154.
- Crits-Christoph, P., & Siqueland, L. (1996). Psychosocial treatment for drug abuse. Selected review and recommendations for national health care. *Arch Gen Psychiatry*, 53(8), 749-756.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L. R., Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Woody, G. E., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K., & Beck, A. T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatry*, 56(6), 493-502.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., McCalmont, E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Frank, A., Moras, K., Barber, J. P., Blaine, J., & Thase, M. E. (2001). Impact of psychosocial treatments on associated problems of cocaine-dependent patients. *J Consult Clin Psychol*, 69(5), 825-830.
- D'Amelio, R., Behrendt, B., & Wobrock, T. (2007). *Psychoedukation Schizophrenie und Sucht: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen ; mit 56 Folien, 30 Handouts, 9 Vordrucken und Suchtmittel-Kompendium im Anhang und als CD-ROM*. München; Jena: Elsevier, Urban und Fischer.
- Danovitch, I., & Gorelick, D. A. (2012). State of the art treatments for cannabis dependence. *Psychiatr Clin North Am*, 35(2), 309-326.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav*, 7(2), 133-142.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatr Rehabil J*, 27(4), 360-374.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*, 34(1), 123-138.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.
- Dundon, W. D., Pettinati, H. M., Lynch, K. G., Xie, H., Varillo, K. M., Makadon, C., & Oslin, D. W. (2008). The therapeutic alliance in medical-based interventions impacts outcome in treating alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend*, 95(3), 230-236.

- Dursteler-MacFarland, K. M., Farronato, N. S., Strasser, J., Boss, J., Kuntze, M. F., Petitjean, S. A., Bürki, C., & Wiesbeck, G. A. (2013). A randomized, controlled, pilot trial of methylphenidate and cognitive-behavioral group therapy for cocaine dependence in heroin prescription. *J Clin Psychopharmacol*, 33(1), 104-108.
- Dürsteler-MacFarland, K. M., Schmid, O., Strasser, J., & Wiesbeck, G. A. (2010). *Therapiemanual Kokainabhängigkeit. Grundlagen und Arbeitsmaterialien zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 165(2), 179-187.
- Gainey, R. R., Wells, E. A., Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (1993). Predicting treatment retention among cocaine users. *Int J Addict*, 28(6), 487-505.
- Garfield, S. L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed., pp. 213-256). New York: Wiley.
- Glasner-Edwards, S., & Rawson, R. (2010). Evidence-based practices in addiction treatment: review and recommendations for public policy. *Health Policy*, 97(2-3), 93-104.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007). *Komorbidität Psychose und Sucht - Grundlagen und Praxis: Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2008). [Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders-theoretical foundation and evidence based therapy]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 76(5), 263-271.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grenyer, B. F. S., Luborsky, L., & Solowij, N. (1995). Treatment manual for supportive-expressive dynamic psychotherapy: Special adaption for treatment of cannabis (marijuana) dependence. Technical Report No 26, from www.ndarc.med.unsw.edu.au/resource/treatment-manual-supportive-expressive-dynamic-psychotherapy-special-adaption-treatment
- Higgins, S. T., Alessi, S. M., & Dantona, R. L. (2002). Voucher-based incentives. A substance abuse treatment innovation. *Addict Behav*, 27(6), 887-910.
- Hoffman, J. A., Caudill, B. D., Koman, J. J., 3rd, Luckey, J. W., Flynn, P. M., & Mayo, D. W. (1996). Psychosocial treatments for cocaine abuse. 12-month treatment outcomes. *J Subst Abuse Treat*, 13(1), 3-11.
- Hoffman, K. A., Ford, J. H., Tillotson, C. J., Choi, D., & McCarty, D. (2011). Days to treatment and early retention among patients in treatment for alcohol and drug disorders. *Addict Behav*, 36(6), 643-647.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Eds.). (2001). *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *Am J Psychiatry*, 158(8), 1184-1190.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug Alcohol Depend*, 57(2), 113-125.
- Kang, S. Y., Kleinman, P. H., Woody, G. E., Millman, R. B., Todd, T. C., Kemp, J., & Lipton, D. S. (1991). Outcomes for cocaine abusers after once-a-week psychosocial therapy. *Am J Psychiatry*, 148(5), 630-635.

- Kelly, T. M., Daley, D. C., & Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav*, *37*(1), 11-24.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, *62*(6), 617-627.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, *51*(1), 8-19.
- Körkel, J., & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsmanual S.T.A.R.* Berlin, Heidelberg: Springer.
- Krausz, M., & Watermann, U. (2000). Behandlungsmöglichkeiten bei Doppeldiagnosen. In Z. Uchtenhagen A. (Ed.), *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management* (pp. 376-383). München: Urban & Fischer.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Leshner, A. I. (1999). Science-based views of drug addiction and its treatment. *JAMA*, *282*(14), 1314-1316.
- Lieberman, M. A., Yalom, I. D., & Miles, M. B. (1973). *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books.
- Longshore, D., & Teruya, C. (2006). Treatment motivation in drug users: a theory-based analysis. *Drug Alcohol Depend*, *81*(2), 179-188.
- Lozano, B. E., Larowe, S. D., Smith, J. P., Tuerk, P., & Roitzsch, J. (2013). Brief motivational feedback may enhance treatment entry in veterans with comorbid substance use and psychiatric disorders. *Am J Addict*, *22*(2), 132-135.
- Lozano, B. E., Stephens, R. S., & Roffman, R. A. (2006). Abstinence and moderate use goals in the treatment of marijuana dependence. *Addiction*, *101*(11), 1589-1597.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books.
- Lundahl, B., & Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol*, *65*(11), 1232-1245.
- Maddux, J. F., Desmond, D. P., & Esquivel, M. (1995). Rapid admission and retention on methadone. *Am J Drug Alcohol Abuse*, *21*(4), 533-547.
- Marrero, C. A., Robles, R. R., Colon, H. M., Reyes, J. C., Matos, T. D., Sahai, H., Calderon, J. M., & Shepard, E. W. (2005). Factors associated with drug treatment dropout among injection drug users in Puerto Rico. *Addict Behav*, *30*(2), 397-402.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, *68*(3), 438-450.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD002209.

- McCarty, D., Gustafson, D., Capoccia, V. A., & Cotter, F. (2009). Improving care for the treatment of alcohol and drug disorders. *J Behav Health Serv Res*, *36*(1), 52-60.
- Mertens, J. R., Kline-Simon, A. H., Delucchi, K. L., Moore, C., & Weisner, C. M. (2012). Ten-year stability of remission in private alcohol and drug outpatient treatment: non-problem users versus abstainers. *Drug Alcohol Depend*, *125*(1-2), 67-74.
- Messer, S. B., & Walpold, B. E. (2002). Let's face the facts: common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clin Psychol Sci Pract*, *9*, 21-25.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Miller, W. R., Wilbourne, P. L., & Hetteema, J. E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3 ed., pp. 13–63). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Moggi, F., & Donati, R. (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen, Fortschritte der Psychotherapie*. Bern: Hogrefe.
- Moggi, F., Giovanoli, A., Buri, C., Moos, B. S., & Moos, R. H. (2010). Patients with Substance Use and Personality Disorders: A Comparison of Patient Characteristics, Treatment Process, and Outcomes in Swiss and US Substance Use Disorder Programs. *Am J Drug Alcohol Abuse*, *36*(1), 66-72.
- Mowbray, O., Krentzman, A. R., Bradley, J. C., Cranford, J. A., Robinson, E. A., & Grogan-Kaylor, A. (2013). The effect of drinking goals at treatment entry on longitudinal alcohol use patterns among adults with alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend*.
- Murthy, P., & Chand, P. (2012). Treatment of dual diagnosis disorders. *Curr Opin Psychiatry*, *25*(3), 194-200.
- National Institute on Drug Abuse. (1999). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide 3. Retrieved 04.02.2013 from www.drugabuse.gov
- Norcross, J. C., Koocher, G. P., Fala, N. C., & Wexler, H. K. (2010). What does not work? Expert consensus on discredited treatments in the addictions. *J Addict Med*, *4*(3), 174-180.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chic)*, *48*(1), 98-102.
- Nyamathi, A., Shoptaw, S., Cohen, A., Greengold, B., Nyamathi, K., Marfisee, M., de Castro, V., Khalilifard, F., George, D., & Leake, B. (2010a). Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. *Drug Alcohol Depend*, *107*(1), 23-30.
- Nyamathi, A., Tyler, D., Sinha, K., Marfisee, M., Cohen, A., & Greengold, B. (2010b). Predictors of hepatitis knowledge improvement among methadone maintained clients enrolled in a hepatitis intervention program. *J Community Health*, *35*(4), 423-432.
- O'Toole, T. P., Strain, E. C., Wand, G., McCaul, M. E., & Barnhart, M. (2002). Outpatient treatment entry and health care utilization after a combined medical/substance abuse intervention for hospitalized medical patients. *J Gen Intern Med*, *17*(5), 334-340.
- Ogles, B. M., Anderson, T., & Lunnen, K. M. (2001). Der Beitrag von Modellen und Techniken: Widersprüchliches zwischen professionellen Trends und klinischer Forschung. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. (pp. 221-252). Dortmund: Modernes Lernen.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J., & Sawyer, J. D. (1995). Clinical significance of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *J Consult Clin Psychol*, *63*(2), 321-326.

- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Doidge, N., Rosnick, L., & Gallaher, P. E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry*, *152*(4), 571-578.
- Oldham, M., Kellett, S., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Interventions to increase attendance at psychotherapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Consult Clin Psychol*, *80*(5), 928-939.
- Orford, J. (2008). Joining the queue of dissenters. *Addiction*, *103*(5), 706-707; discussion 710.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed., pp. 270-376). New York: Wiley.
- Osher, F. C., & Drake, R. E. (1996). Reversing a history of unmet needs: approaches to care for persons with co-occurring addictive and mental disorders. *Am J Orthopsychiatry*, *66*(1), 4-11.
- Paraherakis, A., Charney, D. A., Palacios-Boix, J., & Gill, K. (2000). An abstinence-oriented program for substance use disorders: poorer outcome associated with opiate dependence. *Can J Psychiatry*, *45*(10), 927-931.
- Penberthy, J. K., Ait-Daoud, N., Vaughan, M., & Fanning, T. (2010). Review of treatment for cocaine dependence. *Curr Drug Abuse Rev*, *3*(1), 49-62.
- Petitjean, S. A., Croquette, M., Dürsteler-MacFarland, K. M., & Wiesbeck, G. A. (2012). Prize Reinforcement Contingency Management for Cocaine Dependence: a 24-week randomized controlled trial. Retrieved from www.p3.snf.ch/project-120675.
- Petry, N. M. (2006). Contingency management treatments. *Br J Psychiatry*, *189*(2), 97-98.
- Petry, N. M., Martin, B., Cooney, J. L., & Kranzler, H. R. (2000). Give them prizes, and they will come: contingency management for treatment of alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol*, *68*(2), 250-257.
- Petry, N. M., Martin, B., & Simcic, F., Jr. (2005). Prize reinforcement contingency management for cocaine dependence: integration with group therapy in a methadone clinic. *J Consult Clin Psychol*, *73*(2), 354-359.
- Project-MATCH-Research-Group. (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol*, *58*(1), 7-29.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, *264*(19), 2511-2518.
- Ridgely, M. S., Goldman, H. H., & Willenbring, M. (1990). Barriers to the care of persons with dual diagnoses: organizational and financing issues. *Schizophr Bull*, *16*(1), 123-132.
- Rosenblum, A., Magura, S., Kayman, D. J., & Fong, C. (2005). Motivationally enhanced group counseling for substance users in a soup kitchen: a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend*, *80*(1), 91-103.
- Rosenblum, A., Magura, S., Palij, M., Foote, J., Handelsman, L., & Stimmel, B. (1999). Enhanced treatment outcomes for cocaine-using methadone patients. *Drug Alcohol Depend*, *54*(3), 207-218.
- Rosenheck, R. A., Neale, M. S., & Mohamed, S. (2010). Transition to low intensity case management in a VA Assertive Community Treatment model program. *Psychiatr Rehabil J*, *33*(4), 288-296.
- Saunders, B., & Wilkinson, C. (1990). Motivation and addiction behaviour: a psychological perspective. *Drug Alcohol Rev*, *9*(2), 133-142.

- Schaefer, J. A., Cronkite, R. C., & Hu, K. U. (2011). Differential relationships between continuity of care practices, engagement in continuing care, and abstinence among subgroups of patients with substance use and psychiatric disorders. *J Stud Alcohol Drugs*, *72*(4), 611-621.
- Schober, F., Peukert, P., Wernz, F., & Batra, A. (2012). *Psychoedukatives Training bei Abhängigkeitserkrankungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Fletcher, B. W., Hubbard, R. L., & Anglin, M. D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*, *56*(6), 507-514.
- Siqueland, L., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Connolly Gibbons, M. B., Gallop, R., Griffin, M., Frank, A., Thase, M. E., Luborsky, L., & Liese, B. (2004). What aspects of treatment matter to the patient in the treatment of cocaine dependence? *J Subst Abuse Treat*, *27*(2), 169-178.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., & Gallaher, P. E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry*, *156*(5), 733-738.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrom, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev*(5), CD008063.
- Smith, M. L., & Rosen, D. (2009). Mistrust and self-isolation: barriers to social support for older adult methadone clients. *J Gerontol Soc Work*, *52*(7), 653-667.
- Stead, L. F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., Hartmann-Boyce, J., Cahill, K., & Lancaster, T. (2012). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, *11*, CD000146.
- Stohler, R., & Dursteler-MacFarland, K. M. (2003). [Cocaine and opiate related disorders]. *Ther Umsch*, *60*(6), 329-333.
- Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, *105*(6), 1117-1128.
- Tenhula, W. N., Bennett, M. E., & Strong Kinnaman, J. E. (2009). Behavioral treatment of substance abuse in schizophrenia. *J Clin Psychol*, *65*(8), 831-841.
- Thomasius, R., & Küstner, U. J. (Eds.). (2005). *Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention*. Stuttgart: Schattauer
- Torrens, M., Rossi, P. C., Martinez-Riera, R., Martinez-Sanvisens, D., & Bulbena, A. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system? *Subst Use Misuse*, *47*(8-9), 1005-1014.
- Vogel, M., Dursteler-Macfarland, K. M., Walter, M., Strasser, J., Fehr, S., Prieto, L., & Wiesbeck, G. A. (2011). Prolonged use of benzodiazepines is associated with childhood trauma in opioid-maintained patients. *Drug Alcohol Depend*, *119*, 93-98.
- Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, *49*(4), 445-449.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Callen Tierney, S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord*, *68*(2-3), 159-165.
- Wells, E. A., Peterson, P. L., Gaine, R. R., Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (1994). Outpatient treatment for cocaine abuse: a controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *Am J Drug Alcohol Abuse*, *20*(1), 1-17.

Weltgesundheitsorganisation (Ed.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Wittchen, H. U. (1996). What is comorbidity-fact or artefact? *Br J Psychiatry Suppl*(30), 7-8.

Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.

Woody, G. E., Luborsky, L., McLellan, A. T., O'Brien, C. P., Beck, A. T., Blaine, J., Herman, I., & Hole, A. (1983). Psychotherapy for opiate addicts. Does it help? *Arch Gen Psychiatry*, 40(6), 639-645.

Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L., & O'Brien, C. P. (1987). Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. *Am J Psychiatry*, 144(5), 590-596.

Wurmser, L. (1990). Buchbesprechung von Fingarette, H.: Heavy drinking. The myth of alcoholism as a disease. Berkeley, University of California Press: 1988. *Psyche*, 44, 765-770.

Ziedonis, D. M., Smelson, D., Rosenthal, R. N., Batki, S. L., Green, A. I., Henry, R. J., Montoya, I., Parks, J., & Weiss, R. D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. *J Psychiatr Pract*, 11(5), 315-339.

Korrespondenzadresse

Kenneth M. Dürsteler-MacFarland
 Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
 Wilhelm Klein-Strasse 27
 4012 Basel
 kenneth.duersteler@upkbs.ch

Défis psychothérapeutiques lors du traitement de troubles liés à des substances: anciennes et nouvelles connaissances en tenant compte de la comorbidité psychique

Kenneth M. Dürsteler-MacFarland, Mari Prica, Marc Vogel

Résumé

En raison de l'extension, de l'hétérogénéité et du cours souvent chronique des troubles liés à des substances (abus ou dépendance à une ou plusieurs substances psychotropes), leur traitement efficace revêt une grande importance clinique. Une image négative est cependant encore souvent associée aux patients; ils sont considérés comme difficiles à traiter et même parfois comme réfractaires au traitement. De plus, les troubles liés à des substances s'accompagnent fréquemment d'autres affections psychiques, ce qui rend le traitement plus malaisé et peut lui porter préjudice. Toutefois, de nombreuses connaissances scientifiques peuvent être efficacement mises à profit conjointement avec l'expérience clinique. Les succès les plus prometteurs sont aujourd'hui attribués à l'association d'approches médicamenteuses et psychosociales efficaces, qui devraient s'utiliser dans un seul et même contexte et conformément aux besoins et aux buts personnels des patients. Du point de vue psychothérapeutique, outre des entretiens motivationnels, diverses méthodes de thérapie comportementale (p. ex. gestion des contingences, thérapie cognitivo-comportementale) et des interventions psychodynamiques (p. ex. psychothérapie d'expression et de soutien) ont fait leurs preuves. Elles peuvent être mises en œuvre, en fonction de la phase de traitement et du besoin personnel, pour renforcer la motivation, soutenir les modifications du comportement, stabiliser ce qui est atteint et prévenir les rechutes.

Psychotherapeutic challenges in the treatment of substance use disorders: old and new evidence, taking psychiatric comorbidity into account

Kenneth M. Dürsteler-MacFarland, Mari Prica, Marc Vogel

Summary

Owing to the extent, heterogeneity and often chronic course of substance use disorders (abuse or dependence involving one or more psychotropic substances), their effective treatment is of considerable clinical relevance. Frequently, however, patients with substance use disorders still have a negative image; they are considered difficult to treat or even therapy-resistant. Moreover, substance use disorders are often coupled with other psychiatric illnesses, which can make treatment more difficult and impair its outcome. Nevertheless, many scientific findings are available which, in conjunction with clinical experience, can be effectively used in therapy. Currently, the most promising methods are combinations of effective medicinal and psychosocial treatment approaches, which can be tailored to individual patient needs and objectives and used within one and the same setting. From the psychotherapeutic point of view, in addition to motivational counselling techniques, various behavioural therapy methods (e.g. contingency management, cognitive behavioural therapy) and psychodynamic interventions (e.g. supportive-expressive psychotherapy) are of proven effectiveness. Depending on the treatment phase and the individual requirement, these can be used to promote motivation, provide support in cases of behavioural changes, stabilize what has already been achieved, and prevent relapse.