

1 Einleitung, Hintergrund

1.1 Häufigkeit von Doppeldiagnosen und Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf

Doppeldiagnosen haben in Forschung und Praxis in den letzten Jahrzehnten vermehrt Aufmerksamkeit auf sich gezogen, da die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Substanzstörung bei Personen mit psychischer Störung deutlich höher liegt als in der Allgemeinbevölkerung: Eine großangelegte epidemiologische Studie in den USA konnte bereits in den 1980er Jahren zeigen, dass bei Patienten mit Schizophrenie die Lebenszeitprävalenz für die Entwicklung einer komorbiden Substanzstörung bei ca. 47 % lag (verglichen mit ca. 17 % in der Allgemeinbevölkerung (Regier et al. 1990)). Kleinere Folgestudien schätzten die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer komorbiden Substanzstörung bei Menschen mit Psychose ebenfalls auf durchschnittlich ca. 50 %, wobei die Prävalenzraten je nach Behandlungssetting deutlich nach oben und unten abwichen (Drake & Mueser 2000, Rush & Koegl 2008, Westermeyer 2006). Eine großangelegte europäische Studie zur Erfassung komorbider substanzbezogener Störungen von 1204 schizophren Erkrankten im Alter von 18 bis 64 Jahren in Großbritannien, Frankreich und Deutschland zeigte im Ländervergleich in Großbritannien die höchste Lebenszeitprävalenz für die Entwicklung komorbider Substanzstörungen (35 %), gefolgt von Deutschland (21 %) und Frankreich (19 %), wobei die Prävalenzraten für die vorangegangenen zwölf Monate ungefähr halb so hoch lagen (Carra et al. 2012b). Mehrere regional in Deutschland durchgeführte Studien berichteten unterschiedliche Lebenszeitprävalenzraten: während in München »nur« 21,8 % der schizophrenen Patienten eine komorbide Substanzstörung aufwiesen (Soyka et al. 1993), waren es in Köln 29,4 % (Schnell et al. 2010) und in Hamburg 47,5 % (Krausz et al. 1996). Auf jeden Fall weisen aber die hohen Prävalenzraten darauf hin, dass Psychosen und komorbide Substanzstörungen nicht zufällig, sondern als »Doppeldiagnose« überproportional häufig vorkommen (Gouzoulis-Mayfrank 2007).

Der schädliche Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Alkohol und Cannabis scheint den Großteil der komorbiden substanzbezogenen Störungen bei Psychosepatienten in Deutschland auszumachen, gefolgt vom Mischkonsum anderer Substanzen (Hambrecht & Häfner 1996, Schnell et al. 2010). In den USA und Australien scheinen die Prävalenzraten für den komorbiden Konsum von Stimulanzien (insbesondere Kokain) bei Psychosepatienten höher als in Europa zu liegen (Carra et al. 2012b, Chakraborty et al. 2014, Mueser et al. 1990, Sara et al. 2014).

Schizophrene Patienten mit komorbider Substanzstörung sind überzufällig jung, männlich, ledig und haben ein niedrigeres Ausbildungsniveau im Vergleich zu an

Schizophrenie Erkrankten ohne komorbide Substanzstörung (Schnell et al. 2010, Toftdahl et al. 2016, Wobrock et al. 2004).

Vergleicht man die Krankheitsverläufe von Psychosepatienten mit und ohne komorbide Substanzstörung, so zeigt sich, dass die Substanzstörung den Verlauf der psychotischen Erkrankung negativ beeinflusst und weitere unspezifische Symptome und psychosoziale Konflikte nach sich zieht. Psychosepatienten mit komorbider Substanzstörung brechen im Vergleich zu anderen Psychosepatienten häufiger die Behandlung vorzeitig ab (Archie & Gyömörey 2009, Miner et al. 1997), nehmen häufiger ihre Psychopharmaka nicht wie verordnet ein (Drake & Brunette 1998, Swartz et al. 1998), weisen einen höheren Symptomschweregrad auf (Barbee et al. 1989), sind durchschnittlich für längere Zeit unbehandelt (Chakraborty et al. 2014), erleiden häufiger psychotische Rezidive (Archie & Gyömörey 2009, Drake & Brunette 1998), müssen häufiger (Drake & Brunette 1998, Schmidt et al. 2011) und für längere Zeiträume stationär behandelt werden als Psychosepatienten ohne komorbide Substanzstörung (Blachut et al. 2013) und sind affektlabiler (Alterman et al. 1980), depressiver und suizidgefährdeter (Blachut et al. 2013, Chakraborty et al. 2014, Drake & Wallach 1989). Sie zeigen häufiger »störendes« Verhalten (Blachut et al. 2013, Drake & Brunette 1998, Drake & Wallach 1989), haben häufiger familiäre Konflikte und instabilere Wohnverhältnisse (Drake & Brunette 1998) und sie geraten häufiger in Konflikt mit dem Gesetz (Barry et al. 1996). Darüber hinaus geht mit komorbiden Substanzstörungen ein erhöhtes Risiko körperlicher Folgeerkrankungen und Infektionskrankheiten wie z. B. HIV oder Hepatitis einher (Drake & Brunette 1998, Thompson et al. 1997). Patienten mit einer Psychose und komorbider Substanzstörung weisen generell ein niedrigeres globales, allgemeines Funktionsniveau als Patienten ohne komorbide Substanzstörung auf (Drake & Brunette 1998); dennoch sind sie kognitiv nicht grundsätzlich mehr beeinträchtigt im Vergleich zu Psychosepatienten ohne komorbide Substanzstörung (Addington & Addington 1997).

1.2 Entstehungsmodelle von Doppeldiagnosen

Für die Komorbidität von Psychosen und Substanzstörungen werden in der Forschung gegenwärtig mehrere Erklärungsmodelle diskutiert:

1.2.1 Sekundäre Suchtentwicklung

Bei den Modellen der sekundären Suchtentwicklung wird angenommen, dass Substanzstörungen die Folge von psychotischen Störungen sind. Zentral ist hier die Selbstmedikationshypothese (Khantzian 1985, 1997): je nach vorhandener Symptomatik einer Psychose würden die Erkrankten Substanzen konsumieren, um z. B. psychotische Positiv- oder Negativsymptome, kognitive Beeinträchtigungen oder unerwünschte medikamentöse Nebenwirkungen zu lindern. In der aktuellen Forschung gibt es nur schwache Belege für die Selbstmedikationshypothese (Pettersen

et al. 2013, Saddichha et al. 2010), häufig haben die Erkrankten bereits vor Ausbruch der Psychose Substanzen konsumiert (Coulston et al. 2007, Gregg et al. 2007) und richten ihren Konsum eher nach der Verfügbarkeit der Substanzen als nach den Symptomen, unter denen sie leiden (Acier et al. 2007, Mueser et al. 2002).

Zu den Modellen der sekundären Suchtentwicklung zählt man auch das Modell der Affektregulation. Es postuliert, dass Patienten mit Hilfe des Substanzkonsums versuchen, dysphorische Affekte zu bekämpfen, die mit den psychotischen Symptomen selbst oder mit Auswirkungen der Psychose einhergehen (Dixon et al. 1991), und dass ähnliche Merkmale wie Impulsivität oder Affektlabilität bei Psychosepatienten zu Substanzkonsum führen, wie sie es auch bei Konsumenten ohne psychotische Störung tun können (Gregg et al. 2007).

Ein weiteres Modell der sekundären Suchtentwicklung ist das Supersensitivitätsmodell (Mueser et al. 1998b). Demnach weisen einige an Schizophrenie Erkrankte biologische und psychologische Vulnerabilitäten auf, die sie besonders anfällig für negative Auswirkungen von Substanzkonsum machen: geringere Substanzmengen reichten dementsprechend bei Menschen mit Psychose aus, um Komplikationen wie Wahrnehmungsstörungen oder inhaltliche Denkstörungen zu entwickeln. Auch dieses Supersensitivitätsmodell lässt sich jedoch schwer belegen, so konnten Gonzalez et al. (2007) keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Schweregrads allgemeiner psychischer Belastung zwischen Personen mit einfacher Substanzstörung und Doppeldiagnosepatienten aufdecken.

Schließlich führt in vielen Fällen ein ungünstiger Verlauf einer psychotischen Erkrankung zu einem sozialen Abstieg, der mit einem Umzug in soziale Brennpunkte und vermehrtem Kontakt zu einem sozialen Umfeld einhergeht, in dem Substanzkonsum und abweichendes Verhalten eher toleriert werden. Somit könnte dieser »social drift« vieler Patienten mit Psychose ebenfalls den Substanzkonsum begünstigen, wie einige Autoren nahe legen (Gouzoulis-Mayfrank 2007, Mueser et al. 1998b).

1.2.2 Psychoseinduktion

Nach dem Modell der Psychoseinduktion geht man im Gegensatz zur Selbstmedikationshypothese davon aus, dass der Konsum bestimmter psychotroper Substanzen wie Cannabis oder Stimulanzien den Ausbruch von Schizophrenien triggert (Kirkbride 2013). Erstmals ergab eine vielzitierte Studie an schwedischen Rekruten, dass der Konsum von Cannabis dosisabhängig das Risiko für die spätere Entwicklung einer Schizophrenie sechs- bis siebenfach erhöhte (Andreasson et al. 1987, Zammit et al. 2002). Später lieferten prospektiv-epidemiologische Studien aus Neuseeland Hinweise darauf, dass ein früher Cannabiskonsum bereits in der Adoleszenz die Entwicklung subklinischer psychotischer Symptome und schizophreniformer Störungen im jungen Erwachsenenalter begünstigt (Arseneault et al. 2002, Fergusson et al. 2005, Fergusson et al. 2003). Eine großangelegte finnische Studie zeigte zudem, dass 46 % der Fälle von cannabisinduzierten Psychosen acht Jahre nach der ersten stationär-psychiatrischen Behandlung in Schizophrenien übergingen (Niemi-Pynttari et al. 2013), wobei ein junges Lebensalter das Risiko zusätzlich zu vergrößern schien, an einer Schizophrenie zu erkranken (Kirkbride 2013).

Dennoch reicht der Drogenkonsum alleine nicht für die Entstehung einer Psychose aus; am ehesten haben wir es mit einem Zusammenspiel zwischen einer spezifischen Vulnerabilität oder Veranlagung für eine Psychose und den Substanzwirkungen zu tun (Caspi et al. 2005, van Os et al. 2005).

1.2.3 Modelle gemeinsamer ätiologischer Faktoren

Bei diesen Modellen werden gemeinsame biologische, individuelle oder soziale Faktoren für die Entwicklung von Schizophrenien und Substanzstörungen angenommen (Gregg et al. 2007). Unter den möglichen gemeinsamen biologischen Faktoren (Power et al. 2014, Rhee et al. 2003, Tsuang et al. 2001) könnten Veränderungen im dopaminergen und/oder endocannabinoiden Neurotransmittersystem eine Rolle spielen (Blum et al. 2014, Chambers et al. 2001, Weiser & Noy 2005). Einige Autoren weisen auf eine Verbindung zwischen der antisozialen Persönlichkeitsstörung, Schizophrenien und substanzbezogenen Störungen hin (Mueser et al. 1997a), andere auf traumatische Erlebnisse in der Kindheit (Scheller-Gilkey et al. 2004), kognitive Defizite (Tracy et al. 1995) oder bestimmte Temperamenteigenschaften als gemeinsame ätiologische Faktoren (Fernández-Mondragón & Adan 2015). Die Befundlage ist aber größtenteils widersprüchlich und deutet auch hier auf komplexere Zusammenhänge hin (Gregg et al. 2007).

1.2.4 Bidirektionale und komplexere Modelle

Den bidirektionalen Modellen liegt die Annahme zugrunde, dass sich Schizophrenien und Substanzstörungen wechselseitig beeinflussen. So könnte der Substanzkonsum bei Personen mit einer erhöhten Vulnerabilität für Psychosen eine Schizophrenie auslösen, dadurch würde dann wiederum der Substanzkonsum aufrechterhalten werden, um unangenehme Begleiterscheinungen der Psychose zu bekämpfen (Gouzoulis-Mayfrank 2007, Meister et al. 2010). Einige neuere Untersuchungen weisen bidirektionale Zusammenhänge zwischen Psychose und Substanzstörung nach (Foti et al. 2010, Hides et al. 2006, Pettersen et al. 2013); sie verbinden somit die Annahmen der Selbstmedikationshypothese und der Psychoseinduktion. Sie könnten somit als integratives Modell zur Erklärung von Doppeldiagnosen dienen (Gouzoulis-Mayfrank 2007).

1.3 Behandlungsprinzipien bei Menschen mit Psychose und komorbider substanzbedingter Störung

Bis in die 1990er Jahre fand die Behandlung von Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Substanzstörung überwiegend parallel oder sequentiell statt. Dieses

Vorgehen wird in der Regel dem komplexeren Behandlungsauftrag nicht gerecht (Mueser et al. 2003, Ridgely et al. 1990). Häufig führen Symptome der einen Störung zum Ausschluss aus der Behandlung der anderen Störung, oder/und die Koordination zwischen den unterschiedlichen Behandlungssystemen misslingt (Gouzoulis-Mayfrank 2018, Mueser et al. 2003). Um die Defizite der nebeneinander bestehenden Behandlungssysteme zu überwinden, ging man in den vergangenen zwei Jahrzehnten dazu über, beide Störungen möglichst integriert in einem Setting bzw. durch ein Team zu behandeln.

Die nach aktuellem Stand langfristig erfolgreichsten Behandlungsprogramme arbeiten schwerpunktmäßig ambulant und sind langfristig ausgerichtet. Ein multi-professionelles Behandlerteam, das in der Regel in der Behandlung beider Störungen erfahren ist, arbeitet idealerweise sektorübergreifend und bedarfsweise aufsuchend (Gouzoulis-Mayfrank 2018). Die Behandlung ist am Motivationsstadium der Patienten orientiert und zielt auf die Förderung einer Konsumreduktion oder Abstinenz ab, setzt aber nicht strikt Abstinenz voraus. Durch niedrigschwellige Zugangsvoraussetzungen wird sie den besonderen Bedürfnissen von Psychosekranken mit komorbider Suchtproblematik gerechter als traditionelle Behandlungssettings (Gouzoulis-Mayfrank 2007). Die meisten integrierten Behandlungsprogramme wurden im angloamerikanischen Raum entwickelt, aber auch im deutschsprachigen Raum wurden störungsspezifische Behandlungsmanuale entwickelt und regional implementiert (Bachmann et al. 1997, D'Amelio et al. 2007, Gouzoulis-Mayfrank 2007).

Alle Behandlungsprogramme mit langfristig positiven Ergebnissen beinhalten neben einer Pharmakotherapie psychosoziale Elemente aus der Motivationsbehandlung und Psychoedukation (Gouzoulis-Mayfrank 2018). Einige dieser Programme enthalten zusätzlich verhaltenstherapeutische Elemente und Familieninterventionen.

1.3.1 Elemente der psychosozialen Therapie

Mittels *motivierender Gesprächsführung* wird versucht, die intrinsische Motivation zur Konsumreduktion oder Abstinenz zu fördern, indem z. B. die kurz- und langfristigen individuellen Vor- und Nachteile des Substanzkonsums mit dem Patienten in nicht-wertender Art und Weise diskutiert werden (Miller & Rollnick 1992). Dabei orientiert sich der Therapeut am motivationalen Stadium der Patienten (Prochaska et al. 1992) und passt gegebenenfalls die Gesprächsführung bei eingeschränkten kognitiven Funktionen des Patienten an (Drake & Mueser 2000). Motivationale Interventionen sind ein Kernelement der Behandlung von Patienten mit Psychose und komorbider Substanzstörung, einzelne Studien weisen positive Effekte selbst bei Kurzbehandlungen auf, die nur ein bis drei motivierende Gespräche beinhalteten (s. Gouzoulis-Mayfrank, 2007).

Mittels *Psychoedukation* werden Patienten über die möglichen Zusammenhänge zwischen der Psychose und komorbidem Substanzkonsum aufgeklärt und es werden die Risiken eines fortgesetzten Substanzkonsums dargestellt. Durch die Vermittlung potentieller Entstehungsmodelle der Erkrankungen und ihrer Interaktionen sollen die Entwicklung eines individuellen Krankheitsmodells und die Abstinenzmotivation gefördert werden.

Einige der publizierten Behandlungsmanuale beinhalten zusätzlich *verhaltenstherapeutische Interventionen*, die schwerpunktmäßig darauf ausgerichtet sind, mit den Patienten individuelle Strategien im Umgang mit Suchtdruck und Versuchungssituationen zu erarbeiten; auch dabei werden eventuell vorhandene eingeschränkte kognitive Funktionen der Patienten berücksichtigt (Carroll et al. 1998, D'Amelio et al. 2007, Gouzoulis-Mayfrank 2007, Graham et al. 2004). Durch das Einüben von abstinenzbezogenen Skills und allgemeinen sozialen Fertigkeiten sollen die Erkrankten dazu befähigt werden, gegenüber Versuchungssituationen standhaft zu bleiben und akuten Suchtdruck zu überwinden.

Im deutschsprachigen Raum wurden bislang zwei Behandlungsmanuale publiziert, in denen die Psychoedukation einen zentralen Bestandteil der Behandlung darstellt (D'Amelio et al. 2007, Gouzoulis-Mayfrank 2007). Gouzoulis-Mayfrank (2007) bietet einen ausführlichen Praxisteil, in dem die Zusammenhänge zwischen psychotischen Störungen und dem Konsum relevanter psychotroper Substanzen sowie die psychischen und körperlichen Folgen des Konsums der verschiedenen Substanzen vermittelt werden (KomPAkt: Komorbidität Psychose und Abhängigkeit: Psychoedukation). Darüber hinaus legten Schnell und Gouzoulis-Mayfrank (2007) ein verhaltenstherapeutisches Programm mit Skills-Training zum Umgang mit Craving sowie weiteren abhängigkeitspezifischen Bereichen wie kognitive Umstrukturierung oder Soziales Kompetenztraining speziell für Psychosekranken vor (KomPASS: Komorbidität Psychose und Abhängigkeit: Skills-Training).

D'Amelio, Behrendt und Wobrock (2007) entwickelten das integrierte Behandlungsprogramm GOAL für Patienten mit schizophrener Psychose und komorbidem Substanzkonsum (GOAL: Gesund und ohne Abhängigkeit leben). GOAL besteht aus fünf Modulen: GOAL-Psychoedukation, welches neben Informationen über die komorbiden Erkrankungen auch Strategien für den Umgang mit Rückfällen und zur Rückfallprophylaxe vermittelt, GOAL-Praxis, bei dem im Rollenspiel Fertigkeiten (»Skills«) zur Rückfallprophylaxe und zur Gestaltung sozialer Kontakte eingeübt werden, GOAL-Kreativ, bei dem sich dem Drogenkonsum und seinen Auswirkungen über künstlerische Gestaltung angenähert werden soll, GOAL-Sport zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und GOAL-Nachsorge zur nachhaltigen und kontinuierlichen Rückfallprophylaxe.

In den letzten Jahren werden zunehmend Angehörige in die integrierten Behandlungsprogramme von Doppeldiagnose-Patienten mit einbezogen (Gouzoulis-Mayfrank 2018). In der Regel werden bewährte Interventionen aus Behandlungsprogrammen für Angehörige psychisch erkrankter (wie z. B. Psychoedukation, Kommunikations- und Problemlösetrainings) miteinander kombiniert und auf die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst. Die Einbeziehung der Angehörigen zielt neben einer Verbesserung des Krankheitsverlaufs ebenso auf eine Entlastung der Angehörigen selbst und deren psychischer Belastung ab. In englischer Sprache liegen mehrere Veröffentlichungen vor, die den Familien der Erkrankten Psychoedukation, Kommunikationstrainings sowie Problemlösetrainings anbieten (C-BIT: Cognitive Behavioural Integrated Treatment (Graham et al. 2004); FIDD: Family Intervention for Dual Disorders (Mueser & Fox 2002)). Auf die Inhalte wird detailliert in Kapitel 1.5 eingegangen (► Kap. 1.5).

In deutscher Sprache ist GOAL (Modul: GOAL-Angehörige) gegenwärtig das einzige manualisierte Behandlungsprogramm für Doppeldiagnosepatienten im deutschsprachigen Raum, das neben der spezifischen Behandlung der Patienten eine psychoedukative Intervention für die Angehörigen der Patienten beinhaltet. Angehörige werden als wertvolle Co-Therapeuten angesehen, die einen wichtigen Beitrag zur langfristigen Stabilisierung der Erkrankten leisten können. GOAL-Angehörige besteht aus neun Gruppensitzungen, in denen Informationen zu Psychosen, Suchtmitteln und deren möglichen Zusammenhängen sowie zum Umgang mit Rezidiven/Rückfällen vermittelt werden. Darüber hinaus erhalten die Angehörigen Vorschläge und Tipps für den Umgang mit aus der Erkrankung resultierenden Belastungen und Informationen über weiterführende ambulante Hilfen. Verhaltenstherapeutische Elemente oder ein Kommunikationstraining sind in GOAL-Angehörige nicht enthalten.

1.3.2 Effektivität der integrierten Behandlung

Auf die Entwicklung integrierter Behandlungsprogramme für Patienten mit Psychosen und komorbider Substanzstörung folgten mehrere systematische Untersuchungen zur Effektivität dieser Behandlungen, die sich stark in den Studiendesigns, der Anzahl an Probanden und Messwiederholungen unterschieden. Die Anzahl der Untersuchungen war bereits so groß, dass Metaanalysen veröffentlicht wurden, um deren Ergebnisse zusammenzufassen (Drake et al. 1998, Drake et al. 2004, Drake et al. 2008). In der Zusammenschau sprechen die Ergebnisse dafür, dass langfristig angelegte, ambulante, niedrigschwellige und motivationsbasierte Behandlungsprogramme gegenüber intensiven Behandlungssettings mit Abstinenzgebot hinsichtlich Drop-Out-Raten, Akuthospitalisationen, der Anzahl stationärer Behandlungstage, medizinischen und sozialen Komplikationen sowie graduell auch hinsichtlich des Ausmaßes des Substanzkonsums bessere Ergebnisse erzielten (Drake et al. 1998, Drake et al. 2004, Drake et al. 2008). Auf der Basis von Cochrane-Reviews, die im Durchschnitt nur leichte Vorteile integrierter Behandlungsprogramme gegenüber Standardbehandlungen aufzeigten (Cleary et al. 2008, Horsfall et al. 2009, Hunt et al. 2014), empfiehlt die NICE-Leitlinie aus Großbritannien zwar eine gleichzeitige, evidenzbasierte Behandlung beider Störungen (Psychose und Substanzstörung), macht jedoch keine explizite Empfehlung zum Setting (NICE 2011, updated 2016). Demgegenüber wird in der deutschen S3-Leitlinie Schizophrenie von 2005 und in der aktuell in der Konsultationsfassung vorliegenden Revision die integrierte Behandlung als Expertenkonsens empfohlen (DGPPN 2005, 2018). In der Zusammenschau erscheint die integrierte Behandlung von Menschen mit Psychose und Sucht, die im klinischen Alltag oft als »schwierig« erlebt werden, im Sinne einer »Harm-Reduction« langfristig am erfolgreichsten; die Patienten werden in der Behandlung gehalten und ihre Abstinenzmotivation und -zuversicht wird mittelfristig gestärkt (Drake & Green 2015, Gouzoulis-Mayfrank 2018).

1.4 Warum Angehörige in die Behandlung mit einbeziehen?

In Anlehnung an Mueser, Noordsey, Drake und Fox (Mueser et al. 2003) lassen sich mehrere Gründe formulieren, warum Familien in die Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnosen einbezogen werden sollten:

- Familienmitglieder sind häufig die wichtigsten Bezugspersonen für die Patienten.
- Aus der Versorgung der Patienten können Konflikte zwischen Patienten und Mitgliedern der Familie entstehen, die sich negativ auf den Krankheitsverlauf und Substanzkonsum auswirken.
- Familienmitglieder fühlen sich durch die Erkrankung belastet und haben ihrerseits ein erhöhtes Morbiditätsrisiko.
- Familienmitglieder haben ein Bedürfnis nach Wissen über die Erkrankungen und den Umgang damit.

1.4.1 Familienmitglieder sind Bezugspersonen für Patienten mit Psychose und Substanzstörung

Viele Patienten mit Psychose und Substanzstörungen leben im Kreis ihrer Herkunftsfamilie oder haben zumindest regelmäßigen Kontakt zu ihren Familienmitgliedern (Clark 1996, Mueser & Fox 1998). US-amerikanische Forscher erfassten bei stationären Psychiatrie-Patienten mit komorbider Substanzstörung eine größere Unzufriedenheit mit ihren Familienbeziehungen sowie einen größeren Wunsch nach Einbeziehung ihrer Familien in die Behandlung als bei Patienten mit einer alleinigen psychischen Störung (Dixon et al. 1995).

Familienmitglieder stellen häufig die Hauptquelle an Sozialkontakten der Patienten dar und sind meist die wichtigsten Vertrauenspersonen in psychischen Krisen (Mueser et al. 2003). Sie unterstützen die Patienten emotional und finanziell und stellen somit in der Regel die Grundversorgung der Patienten sicher (Clark 1996). In den USA wenden die Eltern von Doppeldiagnosepatienten ca. 16% ihres Jahreseinkommens für die Unterstützung der Erkrankten auf (Clark 1996).

Forscher gehen zudem davon aus, dass das familiäre Umfeld einen konstruktiven Behandlungsdruck zur Reduktion oder Aufgabe des Substanzkonsums aufbauen und somit die Behandler unterstützen kann (Modestin et al. 2001). Substanzkonsum findet häufig gemeinsam mit Freunden, seltener auch mit Familienangehörigen statt, so dass ohne Berücksichtigung des sozialen Kontextes eine Veränderung des Konsumverhaltens nur schwer umzusetzen scheint (Mueser et al. 1990, Schofield et al. 2001). Einerseits könnten Ressourcen der Familienmitglieder dazu genutzt werden, als Co-Therapeuten die Abstinenzbemühungen der Patienten in ihrem häuslichen Umfeld zu unterstützen, andererseits könnten durch die Einbeziehung der Familien auch deren mögliche ungünstige Einflüsse berücksichtigt und möglichst minimiert werden (Schofield et al. 2001). Halten sich die Patienten in einem substanzkonsumierenden Umfeld auf, könnten sie vom Aufbau eines alternativen,

abstinenten sozialen Netzwerks profitieren, z. B. in Form von Selbsthilfegruppen (Humphreys et al. 2004, Laudet et al. 2003, Roush et al. 2015).

1.4.2 Negative Auswirkungen familiärer, krankheitsbedingter Konflikte

Doppeldiagnosepatienten weisen im Vergleich zu Psychosepatienten ohne komorbide Substanzstörung schwerwiegendere Konflikte zu anderen Personen auf, besonders zu ihren Familienmitgliedern (Salyers & Mueser 2001). Die daraus resultierenden Belastungen und emotionalen Spannungen mit den Familienmitgliedern wirken sich in der Regel nachteilig auf den Krankheitsverlauf der schizophrenen Erkrankung und den Substanzkonsum aus: Wurden Psychosepatienten nach der Krankenhausbehandlung in ein Umfeld entlassen, in dem viel Kritik, Ablehnung oder emotionales Überengagement vorherrschten, so wurden im Durchschnitt etwa 50–60% der Patienten innerhalb von neun Monaten wieder so krank, dass erneut eine stationäre Behandlung erforderlich wurde; demgegenüber wurden im gleichen Zeitraum nur ca. 20% der Patienten wieder stationär behandlungsbedürftig, wenn sie nach ihrer Behandlung in ein Umfeld entlassen wurden, in dem Wohlwollen und wenig Kritik vorherrschten (Leff & Vaughn 1985, Tarrrier & Turpin 1992). Der Ausdruck von Kritik, Ablehnung und emotionalem Überengagement wurde von den Autoren als »High-Expressed-Emotions« (High-EE), eine zurückhaltende und wohlwollende Umgebung als »Low-Expressed-Emotions« (Low-EE) bezeichnet (Brown et al. 1972, Brown et al. 1962, Leff & Vaughn 1985, Vaughn & Leff 1981). Dabei scheinen Psychosepatienten v. a. auf ein hohes Ausmaß an Kritik sensitiv zu reagieren (Cutting et al. 2006, Koutra et al. 2015b, Nirmala et al. 2011). Der Zusammenhang zwischen Expressed-Emotions und Rezidiven sowie Rehospitalisierungen wurde in den vergangenen Jahrzehnten mehrfach repliziert und bestätigt (Butzlaff & Hooley 1998). Die Wirkmechanismen des »Expressed-Emotions«-Konzeptes wurden noch nicht vollständig erklärt, aber Nachweise über die Veränderbarkeit von EE (Hogarty et al. 1986, Tarrrier et al. 1988) legen komplexe Interaktionen zwischen Patienten und ihren Angehörigen oder den Bedingungen ihres Zusammenlebens nahe (Kuipers & Bebbington 1988).

Nach gegenwärtiger Studienlage scheint die Höhe von EE subjektiven Bewertungen und Attributionsmustern zu unterliegen (Gonzalez-Blanch et al. 2010, Raune et al. 2004, Scazufca & Kuipers 1996). Offenbar werden bestimmte Symptome von Psychosepatienten, insbesondere ihr Substanzkonsum, von ihrem Umfeld häufig als internal-kontrollierbar attribuiert, was das Ausmaß an Kritik gegenüber den Patienten mit Psychose und komorbidem Substanzkonsum zusätzlich erhöht (Barrowclough et al. 2005). Eine kritische Haltung gegenüber Patienten scheint die Wahrscheinlichkeit zu verringern, dass die Patienten Problemverhalten wie z. B. schädlichen Substanzkonsum verändern (Miller et al. 1993). Einige Studien liefern Hinweise darauf, dass Konflikte zwischen Patienten und ihren Angehörigen sogar das Risiko für einen Substanzmissbrauch erhöhen (Marlatt 1985), wie z. B. für Alkohol- (O'Farrell et al. 1998) und Cannabiskonsum (Gonzalez-Blanch et al. 2015). Ein wenig kritisierendes Umfeld hingegen scheint bei ersterkrankten Psychosepati-

enten mit komorbidem Cannabiskonsum einen Rückgang des Cannabiskonsums zu begünstigen (Gonzalez-Blanch et al. 2015).

Neben der erhöhten Gefahr von Rehospitalisierungen und der Zunahme des schädlichen Substanzkonsums droht den Patienten bei anhaltenden Konflikten mit den Angehörigen ein Verlust der Unterstützung ihres sozialen Umfelds. Nicht selten distanzieren sich Angehörige von den Patienten, ca. ein Drittel der Angehörigen von chronisch schizophran Erkrankten kann nicht mehr ausfindig gemacht werden oder lehnt den Kontakt zu den Erkrankten ab (Bäumel 2004). Der daraus folgende Verlust emotionaler und finanzieller Unterstützung kann dazu führen, dass Patienten sozial isoliert und ihre grundlegenden Bedürfnisse nicht mehr befriedigt werden (Clark 1996). Mehrere Studien mit Erkrankten in New York City legen eine daraus resultierende Destabilisierung der Wohnsituation bzw. den Verlust der Unterkunft im Kreis der Familie nahe, die häufig bis hin zur Obdachlosigkeit führen kann (Caton et al. 1994, Drake & Brunette 1998). Substanzkonsum stellt darüber hinaus ein zusätzliches Risiko für ungünstige Wohnverhältnisse und Obdachlosigkeit dar (Drake et al. 1996, Odell & Commander 2000). Diese zusätzlich möglichen sozialen und emotionalen Folgebelastungen können die Krankheitssymptome verstärken und die Dauer stationärer Behandlungen verlängern (Kashner et al. 1991, Schofield et al. 2001). So gingen kleinere soziale Netzwerke bei obdachlosen Psychosepatienten mit komorbider Alkoholabhängigkeit mit signifikant höherem Alkoholkonsum einher (Trumbetta et al. 1999). Darüber hinaus kann der Verlust des unterstützenden Umfelds zur dissozialen Entwicklung der Patienten beitragen und das Risiko für eine schlechtere körperliche Gesundheit erhöhen (Drake & Brunette 1998, Thompson et al. 1997). Steht den Familienangehörigen professionelle Hilfe zur Verfügung, sind sie häufig bereit, sich den Erkrankten wieder mehr zuzuwenden (Mueser et al. 2003).

1.4.3 Angehörige fühlen sich durch die Erkrankung belastet und haben ihrerseits ein erhöhtes Morbiditätsrisiko

Schwerwiegende psychische Störungen wie Psychosen und komorbide Substanzstörungen wirken sich in der Regel psychisch belastend auf die Angehörigen der Erkrankten aus (Caqueo-Urizar et al. 2016). Dabei entsteht Belastung aus einem komplexen Zusammenspiel vieler Faktoren wie z. B. Merkmalen der Erkrankung, Merkmalen der Angehörigen, kognitiven Prozessen, Kommunikationsstilen, sozialer Unterstützung, finanziellen Voraussetzungen und Strategien im Umgang mit der Erkrankung (Caqueo-Urizar et al. 2014).

Ist ein Familienmitglied an einer schweren psychischen Erkrankung wie Schizophrenie erkrankt, schränkt dies meist die subjektive Lebensqualität der Angehörigen ein (Foldemo et al. 2005, Gomez-de-Regil et al. 2014). Die unterstützenden Familienmitglieder fühlen sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung psychisch durchschnittlich doppelt so hoch belastet, was sich in einem erhöhten Risiko für Depressionen, Angst- und Schlafstörungen (Lasebikan & Ayinde 2013b, Saunders 2003), in eingeschränkten Freizeitaktivitäten, einem Rückgang von Sozialkontakten, finanzieller Mehrbelastung