



## Masterarbeit

# Komorbide Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen

Von „Catch-22“ zu integrierten Behandlungen

**Ann-Kathrin Ebner**

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Dr. Puspa Agarwalla und Dr. Agnes von Wyl

Rheinfelden, Mai 2011

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

## Vorwort

Mit der Thematik der Persönlichkeitsstörungen bin ich das erste Mal im Rahmen der Ausbildung zum Bachelor in Berührung gekommen und habe, je mehr ich über diese Krankheitsbilder erfahren habe, eine immer grösser werdende Faszination dafür entwickelt.

Die fragilen Grenzen zwischen Krank und Gesund kommen bei Persönlichkeitsstörungen besonders zum Vorschein. Menschen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, haben häufig eine von Leid und Schwierigkeiten gezeichnete Vergangenheit. Wie die interviewte Expertin und Psychologische Leiterin der Abteilung A5, Frau S. Ziegler, im Gespräch ausführt, hat sie in ihrer ganzen psychiatrischen Karriere noch nie so viel Bosheit von Eltern oder nahen Bezugspersonen erlebt, wie was ihre Klientel zu erzählen hat. In den SKID-II Interviews zur Diagnostik der Patienten und Patientinnen habe auch ich erfahren, unter was für Bedingungen die Frauen gross geworden sind. Ihre, unter diesen Umständen erlernten Verhaltensweisen, welche früher zum Überleben beigetragen haben sind nun, wo die Kinder zu erwachsenen Menschen geworden sind, eine Störung, die behoben werden soll.

Die praktischen Teile der vorliegenden Arbeit waren für mich von besonderem Interesse. An dieser Stelle möchte ich mich bei den Patientinnen der Abteilung A5 bedanken, die mir tiefgehende Einblicke in ihr Leben gewährt haben und die sich ohne zu zögern für die Untersuchung bereit erklärt haben. Mein bester Dank geht auch an das ganze Team der Abteilung A5, die mir bei der Terminorganisation geholfen haben und mich in die Abteilung einführten. Den Experten und der Expertin möchte ich für die informativen, offenen und ehrlichen Gespräche danken und für die Spontanität der Zusagen.

Meiner Referentin Dr. Puspa Agarwalla, die mich sehr eng begleitet hat, sowie meiner Referentin Dr. Agnes von Wyl, die mir ebenfalls mit viel Rat zur Seite stand, möchte ich meinen herzlichen Dank aussprechen.

Meiner Mutter Jutta Ebner möchte ich meinen herzlichen Dank für die finanzielle, fachliche und emotionale Unterstützung während des Studiums aussprechen, meinem Vater Roland Ebner für die finanzielle Unterstützung, den immerwährenden PC-Support, das Gegenlesen zahlreicher Arbeiten und das Zuhören, wenn mir etwas über den Kopf hinaus wuchs.

Bedanken möchte ich mich auch bei all den Menschen, die mir in der Zeit des Schreibens mit offenen Ohren, willkommenen Abwechslungen, leckeren Menüs, überraschenden Paketen, unterstützenden Worten und kritischen Betrachtungen zur Seite standen.

Mai 2011, Ann-Kathrin Ebner

## I INHALTSVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG	6
<b>II THEORETISCHER TEIL</b>	<b>8</b>
2 DEFINITIONEN UND PRÄVALENZANGABEN	8
2.1 Definition Persönlichkeitsstörung	8
2.2 Prävalenzen von Persönlichkeitsstörung	9
2.3 Definitionen von Sucht respektive Abhängigkeit	10
2.4 Prävalenzen von Sucht und Abhängigkeit	11
3 DEFINITION VON DOPPELDIAGNOSEN UND KOMORBIDITÄT	11
3.1 Prävalenzangaben bei Doppeldiagnosen	12
3.1.1 Prävalenzen aus der Suchtforschung	12
3.1.2 Prävalenzen aus der Persönlichkeitsstörungsforschung	13
4 ÄTIOLOGIE	14
4.1 Das Modell der primären Suchterkrankung	14
4.2 Das Modell der primären Persönlichkeitsstörung	15
4.3 Das Modell der gemeinsamen Faktoren	16
4.4 Abschliessende Betrachtung der Modelle	17
4.5 Psychoanalytischer Zugang	18
5 HERKÖMMLICHE THERAPIEARTEN	19
5.1 Suchttherapien	19
5.1.1 Ergebnisse zu Verlauf und Outcome	20
5.2 Behandlungen von Persönlichkeitsstörungen	24
5.2.1 Ergebnisse zu Verlauf und Outcome	26
6 BEHANDLUNG KOMORBIDER STÖRUNGSBILDER	28
6.1 Was bedeutet integriertes Programm?	29
6.2 Schlüsselkomponenten der integrierten Therapie	29
6.2.1 Organisation: Stellenmanagement und Behandlungsorientierung	29
6.2.2 Praxis des Managements: Implementierung klinischer Leitlinien	30
6.2.3 Service: Assessment und Diagnosestellung	32
6.2.4 Grundsätze	35
6.3 Gliederungen der Therapie	35
7 SPEZIFISCHE BEHANDLUNGSPROGRAMME UND DEREN EVALUATION	36
7.1 Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm	36
7.2 Dialektisch-Behaviorale Therapie für Suchterkrankte (DBT-S)	36
7.3 Dual Fokus Schema Therapie (DFST)	38
7.4 Dynamisch Dekonstruktive Psychotherapie (DDP)	40
8 BEHANDLUNGSKONZEPT DER ABTEILUNG A5, KPD LIESTAL	41
8.1 Therapieziele	41
8.2 Abteilungsstrukturen und Milieugestaltung	42
8.3 Team	42
8.4 Aufnahme- und Ausschlusskriterien	42
<b>III EMPIRISCHER TEIL</b>	<b>43</b>
9. EVALUATIONSSTUDIE: DESIGN UND ERSTE ERHEBUNG	43
9.1 Fragestellungen und Hypothesen	43
9.2 Instrumente	44
9.3 Durchführung	45
9.4 Stichprobenberechnung	46
9.5 Ethikantrag	46

10	ERGEBNISDARSTELLUNG	46
10.1	Stichprobenbeschreibung	46
10.2	Darstellung der Ergebnisse der Werte zum Zeitpunkt Eintritt	48
11	INTERVIEWS MIT EXPERTEN UND EXPERTIN	50
11.1	Leitende Fragestellungen	50
11.2	Auswahl	50
11.3	Expertin und Experten sowie deren Institutionen	50
11.4	Durchführung	51
11.5	Auswertung	51
12	ERGEBNISDARSTELLUNG	52
12.1	Deskriptive Darstellung	52
12.2	Förderliche Faktoren	53
12.2.1	Organisation: Stellenmanagement und Behandlungsorientierung	53
12.2.2	Praxis des Managements: Implementierung klinischer Leitlinien	57
12.2.3	Service: Assessment und Diagnosestellung	59
12.2.4	Grundsätze: Enge Begleitung von Menschen mit Doppeldiagnosen	62
12.2.5	Patienten- und Patientinnenvariablen	63
12.2.6	Ökonomie	64
12.3	Hinderliche Faktoren	65
12.3.1	Organisation: Stellenmanagement und Behandlungsorientierung	65
12.3.2	Praxis des Managements: Implementierung klinischer Leitlinien	66
12.3.3	Service: Assessment und Diagnosestellung	67
12.3.4	Grundsätze: Enge Begleitung von Menschen mit Doppeldiagnosen	69
12.3.5	Patienten- und Patientinnenvariablen	69
12.3.6	Ökonomie	71
13	DISKUSSION	73
13.1	Diskussion der qualitativen Evaluationserhebung	73
13.1.1	Zur deskriptiven Beschreibung der Stichprobe	73
13.1.2	Zu den dargestellten Ergebnissen	74
13.2	Diskussion der Interviews	75
13.2.1	Diskussion der Förderfaktoren unter Einbezug der Literatur	75
13.2.2	Diskussion der hinderlichen Faktoren unter Einbezug der Literatur	83
13.3	Klinische Implikationen	90
13.4	Kritische Reflexion	91
13.5	Ausblick und weiterführende Fragestellungen	93
14	ABSTRACT	94
15	LITERATURVERZEICHNIS	95
<b>IV</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS</b>	<b>108</b>
<b>V</b>	<b>ANHANG</b>	<b>109</b>
A	Einverständniserklärung für Patienten und Patientinnen	109
B	Interviewleitfaden für Susann Ziegler	112
C	Interviewleitfaden für externe Experten	115
D	Ausgangslage für Kategoriensystem	118
E	Kategoriensystem nach erstem Materialdurchgang	119
F	Definitives Kategoriensystem	120

## 1 Einleitung

Im Jahr 1980 wurde das DSM-III (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) eingeführt, welches erstmals explizite diagnostische Kriterien für Persönlichkeitsstörungen enthält. Dies wird als möglicher Grund für das wachsende Interesse der Forschung an dualen Diagnosen wie Suchtverhalten und Persönlichkeitsstörungen diskutiert (Verheul, van den Bosch und Ball, 2009). Dabei sind die hohen Komorbiditätsraten sowie der allgemeine klinische Pessimismus bezüglich der Prognose und der schwierigen Handhabung dieser doppelt diagnostizierten Klientel treibende Kräfte. Seitens der Suchtforschung gibt es einige Evaluationsstudien zur Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen. Von Seiten der Persönlichkeitsstörungsforschung kann dies nicht belegt werden, was bei den hohen Prävalenzzahlen dieser Doppeldiagnose unverständlich anmutet (Van den Bosch & Verheul, 2007). So fanden sich Menschen mit dieser Art der Erkrankung häufig in so genannten „Catch-22-Situationen“ (umgangssprachlich für Dilemma; Wikipedia) wieder, in denen ihnen ein Eintritt in Suchtinstitutionen aufgrund ihres selbstschädigenden Verhaltens untersagt wurde, die Suchterkrankung jedoch auch einen Eintritt in die Psychiatrie ausschloss. Diese Situation zeigt die Wichtigkeit von Programmen für Menschen, die „sowohl-als-auch“ erkrankt sind.

Die Kantonalen Psychiatrischen Dienste Liestal haben im Mai 2010 die Abteilung A5 eröffnet, welche auf Persönlichkeitsstörungen spezialisiert ist, wobei eine leichte und im Hintergrund stehende Suchterkrankung (Cannabis, Medikamente, Alkohol) nicht als Ausschlusskriterium gilt. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu evaluieren, wie gut Menschen mit Doppeldiagnosen von der Behandlung in dieser Abteilung profitieren können. Zu diesem Zweck wurde ein Evaluationsinstrumentarium zusammengestellt und im Oktober 2010 mit der Befragung begonnen. Da sich im Verlauf des letzten Quartals 2010 abzeichnete, dass zu wenige Menschen untersucht werden können, umfasst diese Arbeit zusätzlich einen qualitativen Teil, in welchem drei Experten und eine Expertin zu Schwierigkeiten und Förderfaktoren in der Therapie befragt werden.

Der erste Teil der Arbeit widmet sich der Theorie und Forschungsergebnissen. Kapitel zwei stellt die Krankheitsbilder der Persönlichkeitsstörungen sowie der Suchterkrankungen vor und gibt einen Überblick über die Prävalenzen. Kapitel drei beschäftigt sich mit der Definition von Doppeldiagnosen und stellt Forschungsergebnisse zu Prävalenzen vor. Das vierte Kapitel beschreibt Gründen für die Entstehung von Doppeldiagnosen. Kapitel fünf gibt einen Überblick über gängige Methoden der Therapie beider Störungsbilder und stellt Untersuchungsergebnisse vor, die sich auf Menschen mit Doppeldiagnosen beziehen. Kapitel sechs fasst Forschungsergebnisse und Empfehlungen zur integrativen Therapie zusammen, während sich Kapitel sieben vier Therapieformen widmet, die sich speziell auf Menschen

mit Doppeldiagnosen beziehen. Der Theorieteil wird durch die Vorstellung des Behandlungskonzeptes der Abteilung A5 abgeschlossen.

Der empirische Teil beginnt mit der Evaluation der Abteilung A5. Kapitel 9 gibt Auskunft über Fragestellungen und Hypothesen, skizziert die verwendeten Instrumente, beschreibt die Durchführung und Stichprobenberechnung und berichtet vom Beschluss der Ethikkommission. Kapitel 10 enthält die Stichprobenbeschreibung sowie die Vorstellung eines Ausschnitts aus den erhobenen Daten. Kapitel 11 stellt die leitenden Fragestellungen für die Experteninterviews vor und gibt Auskunft über die Auswahl der Fachpersonen, die Durchführung der Interviews sowie deren Auswertung. Zudem werden die befragten Fachpersonen vorgestellt. Kapitel 12 widmet sich der Ergebnisdarstellung, wobei das Material in drei Hauptkategorien unterteilt ist. Die Tabelle in Kapitel 12.1 informiert über deskriptive Faktoren, Kapitel 12.2 widmet sich förderlichen Faktoren in der Therapie und Kapitel 12.3 stellt hinderliche Faktoren in der Therapie von Menschen mit Doppeldiagnosen dar.

Die Arbeit wird mit der Diskussion in Kapitel 13 abgeschlossen. Diese beginnt mit einer kurzen Betrachtung und Diskussion der Ergebnisse aus der Evaluationsstudie und widmet sich ausführlich den Interviews. Ein Kapitel stellt anhand von Aussagen einer Expertin klinische Implikationen für die Kantonalen Psychiatrischen Dienste Liestal, insbesondere für die Abteilung A5, zusammen. Eine kritische Reflexion der vorliegenden Arbeit sowie ein Ausblick inklusive weiterführender Fragestellungen runden diese Arbeit ab.

Aufgrund der Tatsache, dass Menschen mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung häufiger in forensischen Kontexten denn in Psychiatrien Behandlung erhalten und die Befundlage für diese Diagnose in Komorbidität mit Suchterkrankungen relativ gut erforscht ist, widmet sich diese Arbeit intensiver den anderen Persönlichkeitsstörungen und geht nur wo nötig auf Befunde zur antisozialen Persönlichkeitsstörung ein. Bezüglich der Ätiologie wird auf die Gedanken von Verheul, van den Brink und Ball (2009) eingegangen, weitere Autoren finden zur Unterstützung der Ergebnisse Einfluss in die Arbeit. Die unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen, wie sie in Kapitel zwei ausgeführt werden, haben auch unterschiedliche therapeutische Implikationen zur Folge, auf die jedoch im Detail in dieser Arbeit nicht eingegangen wird. Vielmehr sollen grundsätzliche Überlegungen zur Therapie mit Menschen, die von Persönlichkeits- und Suchtstörungen betroffen sind, vorgestellt werden. Für ausführliche Anleitungen und Überlegungen zu jeder einzelnen Persönlichkeitsstörung sei daher auf das Buch von Ekleberry (2009): „Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders, Personality Disorders and Addiction“ verwiesen. Schliesslich werden weitere komorbide Erkrankungen wie Depressionen, Angsterkrankungen oder Zwänge, die häufig in Komorbidität mit Suchterkrankungen auftreten, nicht in dieser Arbeit besprochen.

## II. THEORETISCHER TEIL

### 2 Definitionen und Prävalenzangaben

Folgende Kapitel beschäftigen sich mit den Krankheitsbildern der Persönlichkeitsstörungen und der Sucht und stellen Definitionen sowie Prävalenzen dar.

#### 2.1 Definition Persönlichkeitsstörung

Persönlichkeitsstörungen zeigen sich laut Möller, Laux und Deister (2005) vielgestaltig und heterogen. Der Begriff steht für extreme Ausprägungen einer Wesensart bzw. von Persönlichkeitszügen, welche grundsätzlich mehr oder weniger menschlich sind, in ihrer Ausprägung von den betroffenen Personen jedoch als relevante Einschränkung in der subjektiven Befindlichkeit, der sozialen Anpassung oder der beruflichen Leistungsfähigkeit erlebt werden.

Das DSM-IV-TR (Saas, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) nennt zehn verschiedene Persönlichkeitsstörungen, welche sich drei Clustern zuordnen lassen. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über Einteilung und Hauptmerkmale der einzelnen Störungsbilder.

Tabelle 1: Persönlichkeitsstörungen und deren Einteilung in Cluster nach DSM-IV-TR

Cluster	Persönlichkeitsstörung	Schlagwörter bzw. Verhaltensmuster
A: „sonderbar oder exzentrisch“ Mestel (2009)	Paranoide	Misstrauen und Argwohn, Motive anderer werden als böswillig ausgelegt
	Schizoide	Distanziertheit in sozialen Beziehungen und eingeschränkte Bandbreite emotionaler Ausdrucksmöglichkeiten
	Schizotypische	Starkes Unbehagen in nahen Beziehungen, Verzerrungen des Denkens und der Wahrnehmung und Eigentümlichkeiten im Verhalten
B: „dramatisch, emotional oder launisch“ Katschnig, Demal, Lenz & Berger, (2000; zit. nach Mestel, 2009)	Antisoziale	Missachtung und Verletzung der Rechte anderer
	Borderline	Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie deutliche Impulsivität
	Histrionische	Übermäßige Emotionalität und Heischen nach Aufmerksamkeit
	Narzisstische	Grossartigkeitsgefühle, Bedürfnis nach Bewundert werden sowie mangelnde Empathie
C: „ängstlich oder furchtsam“ Fiedler (2001; zit. nach Mestel, 2009)	Vermeidend-Selbstunsichere	Soziale Hemmung, Unzulänglichkeitsgefühle, Überempfindlichkeit gegenüber negativer Bewertung
	Dependente	Unterwürfiges und anklammerndes Verhalten, übermäßiges Bedürfnis nach Umsorgt werden in Beziehungen
	Zwanghafte	Ständige Beschäftigung mit Ordnung, Perfektionismus und Kontrolle
Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung	Persönlichkeitsmuster erfüllt die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung und weist Persönlichkeitszüge mehrerer verschiedener Formen auf, die Kriterien einer spezifischen Persönlichkeitsstörung sind jedoch nicht erfüllt. Oder das gegebene Persönlichkeitsmuster erfüllt die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung, die in Frage kommende spezifische Form ist jedoch nicht in die Klassifikation aufgenommen (z.B. Passiv-Aggressive und Depressive Persönlichkeitsstörung).	



Mestel (2009) ergänzt, dass auch andere Clusterlösungen denkbar sind, z.B. könne die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung Cluster A zugeordnet werden. Weiter gilt das Cluster B hinsichtlich des Schweregrads der einzelnen Krankheitsbilder als sehr heterogen. Eine klinisch sinnvollere Gruppierung könnte daher die Einteilung nach Erkrankungsschweregrad sein, wie sie z.B. von Hoffmann und Eckhardt-Henn (2009) beschrieben wird: Die Borderline, Dissoziale sowie alle Cluster-A Persönlichkeitsstörungen sind als schwer einzuordnen, die restlichen als weniger bzw. mässig schwer, da eine Persönlichkeitsstörung per Definition nicht leicht sein kann. Nach Mestel (2009) „spricht für eine besonders schwere Störung, operationalisiert durch das Integrationsniveau der psychischen Struktur (OPD; 1996), durch den Beeinträchtigungsschwerescore (BSS; Schepank, 1995) oder die *Anzahl* der psychischen Diagnosen, wenn die Patienten mehrere Persönlichkeitsstörungen aufweisen (meistens mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung darunter), wenn sie eine Borderline Persönlichkeitsstörung, eine dissoziale Persönlichkeitsstörung oder eine schizotypische Störung (F21) erhielten“ (S. 89).

Um die Diagnose laut DSM-IV-TR (Saas et al., 2003) stellen zu können, muss sich (A) das überdauernde Muster inneren Erlebens und Verhaltens, welches signifikant von den Erwartungen des soziokulturellen Umfeldes abweicht, in mindestens zwei der folgenden Bereiche manifestieren: (1) Kognitionen, also die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren, (2) Affektivität, also die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen, (3) Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, (4) Impulskontrolle. Weiter muss das überdauernde Muster (B) unflexibel und tief greifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen sein, (C) in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führen, (D) sich stabil und lang andauernd zeigen, und sein Beginn zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurück verfolgbar sein, (E) sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären lassen und (F) darf es nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung) zurückzuführen sein.

## 2.2 Prävalenzen von Persönlichkeitsstörungen

In der untersuchten Bevölkerung leiden mehr als 13% der Menschen an einer durch das DSM-IV definierten Persönlichkeitsstörung (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001), wobei die Vermeidende mit einer Prävalenz von ca. 5% die häufigste Diagnose darstellt. Schweiger und Sipos (2009) geben Prävalenzen von 1.5% bis 2.5% für die Paranoide, Schizioide, Histrionische, Abhängige und Zwanghafte Persönlichkeitsstörung und jeweils unter 1% für die Schizotypische, Antisoziale, Borderline und Narzisstische Persönlichkeitsstörung an. Laut Widiger und Trull (1993) ist die Borderline die am häufigsten diagnostizierte Per-

sönlichkeitsstörung in Psychiatrien. Schweiger et al. (2009) betonen für die psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssysteme die Bedeutung der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung, welche häufig in eine Schizophrenie übergeht, und ebenfalls der Borderline Persönlichkeitsstörung, von der etwa 20% aller stationären Patienten/Patientinnen betroffen sind, sowie der Vermeidenden und Abhängigen Persönlichkeitsstörung, welche die häufigsten diesbezüglichen Diagnosen sind und die mit hohen Komorbiditäten von Angst- und depressiven Störungen einhergehen. Das Problem der Komorbidität bzw. Multi-Morbidität ist von klinischer Bedeutung, da betroffene Individuen häufig erst dann Hilfe suchen, wenn schwerwiegende Achse-I-Komorbiditäten (z.B. Depressionen, Angststörungen) auftreten. Mestel (2009) weist darauf hin, dass Studien mit strukturierten Interviews bei gut jeder zweiten Person mit einer Persönlichkeitsstörung mindestens eine zusätzliche finden, während im diagnostischen Alltag komorbide Persönlichkeitsstörungen nur in 6.3% der Fälle vergeben werden (vgl. Konermann, von Hammerstein, Zaudig & Tritt, 2006).

### 2.3 Definition von Sucht respektive Abhängigkeit

Möller et al. (2005) definieren Sucht wie folgt: „ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, verursacht durch wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Substanz, der für das Individuum und die Gemeinschaft schädlich ist“ (S. 306). 1968 wurde der unscharfe Suchtbegriff, der aus psychiatrischer Sicht eine pathologische Verhaltensweise meint, umgangssprachlich jedoch vielfältig verwendet wird, durch das Wort „Abhängigkeit“ ersetzt. Abhängigkeit bezeichnet das dominierende Verlangen oder zwanghafte Bedürfnis sowie das Angewiesen sein auf bestimmte Substanzen. Häufig weisen Suchtmittel eine euphorisierende Hauptwirkung auf, welche unangenehme Gefühlszustände vorübergehend verbessern und Wohlbefinden erleben lassen, was verhaltensverstärkende Wirkung hat. Die folgende ernüchternde Konfrontation mit der Realität ist jedoch sehr unangenehm und lässt den so genannten „Circulus vitiosus“ entstehen, „dessen Hauptelemente das unbezwingbare Verlangen nach dem Suchtmittel („Craving“) und der Kontrollverlust, das Nicht-aufhören-Können („Abhängigkeit“) sind“ (S. 306). Dem süchtigen Verhalten wird eine selbstzerstörerische Komponente zugeschrieben. Allgemein unterscheidet die Klassifikation in stoff- und nichtstoffgebundene Abhängigkeit, wobei erstere weiter nach legalen und illegalen Drogen unterteilt wird. Laut DSM-IV-TR (Saas et al., 2003) beinhalten Diagnosen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen die missbräuchliche Einnahme, Nebenwirkungen sowie Einflüsse toxischer Stoffe. Die Störungsbilder werden in zwei Gruppen eingeteilt: Störungen durch Substanzkonsum (Substanzabhängigkeit und Substanzmissbrauch) und substanzinduzierte Störungen (Substanzintoxikationen, Substanzentzug, etc.). Das Hauptmerkmal der Substanzabhängigkeit ist laut dem DSM-IV-TR (Sass et al., 2003) „ein charakteristisches Muster kognitiv verhaltensbezogener und physiologischer Symptome, die anzeigen, dass das Individuum Substanzgebrauch trotz einschneidender substanzbezogener Probleme fortsetzt. Es liegt ein Muster wiederholter Sub-

stanzanwendung vor, das normalerweise zu Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen und dem unwiderstehlichen Drang („craving“) zur Drogeneinnahme führt“ (S. 233).

## 2.4 Prävalenzen von Sucht und Abhängigkeit

Eine Studie der Schweizer Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne (Müller, 2001) zeigt auf, dass Alkoholmissbrauchsstörungen in der Bevölkerung weit verbreitet sind: 7.4% der 15- bis 74-jährigen Bevölkerung sind gemäss international anerkannten Kriterien als abhängigkeitsgefährdet einzustufen. Grant, Stinson, Dawson, Chou et al. (2004) haben in der „National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions“ Prävalenzen von Suchterkrankungen in der USA-Bevölkerung während 12 Monaten untersucht. Prävalenzen für sämtliche Alkoholmissbrauchsstörungen geben sie mit 8.5%, für alle Drogenmissbrauchsstörungen mit 2% an. In psychiatrischen Krankenhäusern stellen Abhängige, zumeist alkoholranke Menschen, die weitaus grösste Patientengruppe dar (Möller et al., 2005). Eine Studie von Wittchen, Perkonig und Reed (1996) in München und Umgebung zeigt, dass ca. 8 – 9% aller Konsumenten im Alter zwischen 14 und 24 Jahren das diagnostische Kriterium eines Cannabismissbrauchs (lifetime) erfüllen und ca. 4 – 7% die Kriterien einer Abhängigkeit (lifetime).

## 3 Definition von Doppeldiagnosen und Komorbidität

Allgemein wird unter einer Doppeldiagnose (DD) „die *Komorbidität* (engl. *comorbidity*) oder das gemeinsame Auftreten einer *psychischen Störung* (z.B. Angststörung, Depression, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung; PsyS) und einer *Substanzstörung* (Störung durch eine oder mehrere psychotrope *Substanzen wie Missbrauch oder Abhängigkeit* von z.B. Alkohol, Schlaf- und Beruhigungsmedikamenten, Cannabis, Heroin, Kokain; SMA) bei *derselben Person* in einem *bestimmten Zeitraum* (z.B. ein Monat, ein Jahr, Lebenszeit) verstanden“ (Dilling, 2002, zit. nach Moggi, 2007, S. 15). Der Begriff der Komorbidität beschränkt sich nicht auf zwei Störungsbilder und ist nicht ausschliesslich auf PsyS und SMA beschränkt. Beide Begriffe dürfen nur bei nicht substanzinduzierten PsyS verwendet werden. Epidemiologische Studien an repräsentativen Bevölkerungsstichproben eruierten erhöhte Prävalenzen von DD sowie ein erhöhtes relatives Risiko, an einer Komorbidität von PsyS und Suchterkrankungen zu erkranken. Das Risiko, dass ein Individuum mit einer PsyS in seinem Leben irgendwann eine Suchterkrankung entwickelt ist, 2.5fach erhöht.

Während im Bereich der Suchtforschung einige Evaluationen zu komorbiden Persönlichkeitsstörungen durchgeführt wurden, kann dies von der Persönlichkeitsstörungsforschung nicht behauptet werden, was bei den hohen Prävalenzen seltsam anmutet (Van den Bosch et al., 2007; Grant et al., 2004). Gründe finden sich laut Verheul et al. (2009) darin, dass Institutionen und therapeutische Fachpersonen für Persönlichkeitsstörungen, und dabei vor

allem psychodynamisch orientierte, traditionell Menschen mit komorbiden Suchterkrankungen aus ihren Programmen ausschliessen, da man bei dieser Klientel von weniger Veränderungspotential ausgeht und annimmt, dass diese nicht analysiert werden können und überdies häufig frühzeitig die Therapie abbrechen würden.

### 3.1 Prävalenzangaben bei Doppeldiagnosen

Laut Brems und Johnson (1997) kommen nur ca. 20% aller psychiatrischen Erkrankungen in reiner Form vor, während ca. 80% in Komorbidität mit mindestens einer weiteren auftreten. Dabei gibt es eine Häufung der DD von Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch- bzw. abhängigkeit, die mindestens dreimal höher ist als bei Bevölkerungsstichproben (Verheul, 2007b) und die laut Ball (2007) die häufigste DD überhaupt darstellt.

#### 3.1.1 Prävalenzen aus der Suchtforschung

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über einige Ergebnisse aus der Suchtforschung zu komorbiden Persönlichkeitsstörungen.

Tabelle 2: Überblick über Prävalenzraten bei drogen- und alkohlmissbrauchenden Populationen

Autoren	Stichprobe	Substanzen	Persönlichkeitsstörungen	%
Grant et al., 2004	Nationale Studie in der USA- Bevölkerung, Teilnehmer ab 18 Jahren	Alkohol	Mindestens eine Persönlichkeitsstörung	28.6
		andere Substanzen	Mindestens eine Persönlichkeitsstörung	47.7
Echiburra, Bravo de Medina & Aizpiri, 2007	158 alkoholabhängige Menschen im klinischen Setting	Alkohol	Mindestens eine Persönlichkeitsstörung	44.3
Nordholm & Nielsen, 2007	363 alkoholranke Individuen in der ambulanten Suchttherapie	Alkohol	Mindestens eine Persönlichkeitsstörung, davon:	34.0
			Cluster A	2.4
			Cluster B	62.0
			Cluster C	28.0
DeJong, van den Brink, Hartefeld & van der Wilen, 1993	178 hospitalisierte Alkoholabhängige 86 hospitalisierte Polydrogenabhängige	Alkohol	Mindestens eine Persönlichkeitsstörung	78.0
		Poly-Drogen	Mindestens eine Persönlichkeitsstörung	90.0
Bowden-Jones, Iqbal, Tyrer, Seivewright, et al., 2004	216 drogenabhängige sowie 64 alkoholabhängige Patienten und Patientinnen aus drei Alkohol- und vier Drogenservicecentren in vier urbanen Zentren von England	Drogen	Mindestens eine Persönlichkeitsstörung, davon:	37.0
			Cluster B	30.1
			Cluster C	13.0
			Mehr als eine Persönlichkeitsstörung	7.8
Watzke, Schmidt, Zimmermann & Preuss, 2008	99 Jugendliche und junge Erwachsene mit Cannabisabhängigkeit in einer geschlossenen Entzugsstation	Alkohol	Mindestens eine Persönlichkeitsstörung davon:	53.2
			Cluster C	35.5
			Cluster B	24.2
			Mehr als eine Persönlichkeitsstörung	7.8
Watzke, Schmidt, Zimmermann & Preuss, 2008	99 Jugendliche und junge Erwachsene mit Cannabisabhängigkeit in einer geschlossenen Entzugsstation	Cannabis	Antisoziale	90.0
			Paranoide	50.0
			Borderline	33.0
			Mehr als drei Persönlichkeitsstörungen	35.0

Im Überblick zeigen sich für Populationen mit Alkoholmissbrauchsstörungen Prävalenzen für Persönlichkeitsstörungen zwischen 28.6% und 78%, für Populationen mit Missbrauchsstörungen in Bezug auf andere Substanzen zwischen 37% bis 90%. Am häufigsten werden Persönlichkeitsstörungen des Cluster-B, dicht gefolgt von Cluster-C genannt, wobei eine Studie (Bowden-Jones et al., 2004) für eine alkoholabhängige Population am häufigsten solche des Cluster-C fand. Ein Review (Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin et al., 2000) besagt, dass bei einer Population mit Substanzmissbrauch in Bezug auf unspezifizierte Substanzen 27.4% eine komorbide Borderline Diagnose aufweisen. Eine Studie zum Cannabismissbrauch zeigt auf, dass am meisten Menschen mit Persönlichkeitsstörungen des Cluster-B, gefolgt von Cluster-A, betroffen sind. Die grossen Unterschiede lassen sich durch verschiedene Studienmethoden, Einstufungsinstrumente und unterschiedliche Behandlungspopulationen (Verheul, 2001) sowie durch unterschiedliche Gewichtungen psychischer Phänomene, weiter durch differenzierende Behandlungs- und Beurteilungstraditionen der Suchtphänomene sowie der damit verbundenen psychischen Auffälligkeiten, der Verwendung unterschiedlicher diagnostischer Instrumente und Patientenkollektive (Berthel, 2003) erklären.

### 3.1.2 Prävalenzen aus der Persönlichkeitsstörungsforschung

Überblickend nennt Ball (2007) für Persönlichkeitsstörungen in der Bevölkerung Prävalenzen von 10 bis 14.8% (Median 13.5%), in Psychiatrien bewegt sich dieser Wert zwischen 45.2 und 80% (Median 60.4%), in Suchtbehandlungsinstitutionen zwischen 34.8% und 73% (Median 56.5%), wobei die grossen Spannweiten durch Stichprobencharakteristiken wie Geschlecht, Altersverteilung, Behandlungssetting und primäre Suchtproblematik erklärt werden können. Ralevski, Ball, Nich, Limoncelli et al. (2007) fanden bei Cluster B-Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Antisozialen (15 – 50%) und der Borderline (12 – 24%), am häufigsten Menschen mit komorbiden Suchterkrankungen (vgl. auch Oldham, Skodol, Kellmann, Skodol et al., 1999). Trull et al. (2000) berichten von noch höheren Suchterkrankungsprävalenzen für Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung: In Bezug auf unspezifizierte Substanzen 57.4%, in Bezug auf Alkoholkrankung 48.8% sowie Suchterkrankung in Bezug auf andere Drogen 38%. Schornstein, Mayer-Bruns, Dannegger, Knabe et al. (2008) bestätigen diese auch spezifisch bei Alkoholkrankungen. Grant et al. (2004) sagen, dass mindestens 16.4% der Menschen mit Persönlichkeitsstörungen eine komorbide Alkoholkrankung und 6.5% eine Suchterkrankung durch andere Substanzen aufweisen.

## 4 Ätiologie

Für einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen gibt es laut Verheul (2007a) genügend Belege (z.B. Langzeitstudien, epidemiologische und genetische Befunde sowie retrospektive Studien; Verheul et al., 2009). Laut Verheul, van den Brink und Herter (1998) sind Prävalenzen von Persönlichkeitsstörungen bei Personen mit Suchterkrankungen mindestens dreimal höher als bei Bevölkerungsstichproben, was den Schluss zulässt, dass dieses spezifische Zusammentreffen nicht zufällig ist (Verheul, 2007a). Ein Grund dafür könnten überlappende diagnostische Kriterien sein. Da dies jedoch nur für die Antisoziale und die Borderline Persönlichkeitsstörung zutrifft, ist die Suche nach anderen kausalen Zusammenhängen sinnvoll. Verheul (2007a) stellt drei Kausalmodelle vor, anhand derer sich unterschiedliche Implikationen für die Behandlung ergeben: (1) das Modell der primären Suchterkrankung, (2) das Modell der primären Persönlichkeitsstörungen und (3) das Modell gemeinsamer Faktoren (vgl. auch Vaglum, 2005).

### 4.1 Das Modell der primären Suchterkrankung

Laut Schneider, Schmid-Ott und Haltenhof (2009) können Menschen mit Suchterkrankungen in einer so massiven Weise abhängig werden, dass dadurch ihr Leben, ihre Biographie und ihre Persönlichkeit völlig zerstört werden können. Diese Ansicht entspricht dem primären Modell, welches postuliert, dass der Missbrauch oder die Abhängigkeit von Substanzen zu einer pathologischen Entwicklung der Persönlichkeit beiträgt (Verheul, 2007a), wobei kontrovers diskutiert wird, ob und in welchem Ausmass Persönlichkeitsstörungen dann substanzbedingte Artefakte sind, welche lediglich einen vorübergehenden Zustand des Suchtproblems beschreiben, oder ob es „wirkliche“ Persönlichkeitsstörungen gibt, welche sich unabhängig von einer Achse-I Störung zeigen (Verheul, 2007a; Verheul, 2001, Verheul & van den Brink, 2000). Eine Studie von Skodol et al. (1999) zeigt auf, dass Prävalenzen von Persönlichkeitsstörungen für Personen mit aktueller und lebenszeitlicher Substanzabhängigkeit oder -missbrauch ähnlich hoch sind (vgl. auch Trull et al., 2000). Weiter ist eine Remission der Suchterkrankung nicht signifikant mit der Remission der Persönlichkeitsstörung verbunden, was dafür spricht, dass beide Störungsbilder unabhängig voneinander verlaufen (Verheul, Kranzler, Poling, Tennen, et al., 2000). Laut Nace (1990) schliesst dies jedoch nicht aus, dass chronischer und schwerer Substanzmissbrauch zu vorübergehenden Manifestationen von Persönlichkeitspathologien führen kann, wie auch gewisse Symptome durch psychoaktive Substanzen ausgeformt oder aufrecht erhalten werden könnten. Laut DSM-IV-TR (Saas et al., 2003) darf eine Persönlichkeitsstörung nur dann diagnostiziert werden, wenn diesbezügliche Symptome auch nach Absetzen der Substanzen noch vorhanden sind.

## 4.2 Die Modelle der primären Persönlichkeitsstörung

Dieses Modell beschreibt, wie (pathologische) Merkmale der Persönlichkeit zur Entwicklung von Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit beitragen können (Verheul, 2007a). Ausgehend von der Annahme, dass Suchterkrankungen eine Folge von psychosozialen, Verhaltens- und biologischen Prozessen sowie des Diathesis-Stress-Modells darstellen, wird der Beginn und Verlauf der Suchterkrankung aus einer andauernden reziproken Interaktion zwischen der individuellen biologischen und psychosozialen Vulnerabilität und den Ressourcen einerseits und den psychosozialen Umständen andererseits erklärt (Verheul, 2001). Drei Wege sind innerhalb dieses Modells denkbar (Verheul, 2001; Verheul, 2007a):

**Das Modell der Verhaltenseinthemmung** besagt, dass Individuen, die hohe Werte in den Persönlichkeitszügen Antisozialität und Impulsivität erreichen, während sie in den Persönlichkeitszügen Hemmung (Selbstbeschränkung) und Leidvermeidung tiefe Werte aufweisen, kleinere Schwellen für abweichendes Verhalten wie Substanzmissbrauch haben. Dieser Erklärungsansatz ist am besten dokumentiert und wird von mehreren Studien unterstützt. Johnson, Williams, Goetz, Rabkin et al. (1996) zeigen in einer Studie an homosexuellen Männern, dass jene, die bei Eintritt 11 oder mehr Symptome einer Cluster-B Persönlichkeitsstörung aufwiesen, gefährdeter waren, nachfolgend eine Suchterkrankung zu entwickeln, als Männer, die 10 oder weniger Symptome aufwiesen. Laut Verheul (2001; 2007a) trifft dieses Modell auf Menschen mit einer Antisozialen oder Borderline Persönlichkeitsstörung zu, deren bevorzugte Substanzen Kokain und Amphetamine sein können.

**Das Modell der Stressreduktion** geht davon aus, dass Individuen mit hohen Werten in Persönlichkeitsfaktoren wie Stressreaktivität, Angstsensitivität und Neurotizismus vulnerabler auf kritische Lebensereignisse reagieren. Typische Reaktionen sind Angst und Stimmungsinstabilität, die als unangenehm erlebt und durch Einnahme von Substanzen im Sinne einer Selbstmedikation zu lindern versucht werden (vgl. auch Crouse, Drake & McGovern, 2007). Eine Studie an Tieren (Robinson & Berridge, 1993) zeigt, dass die Hypersensitivität auf verstärkende Effekte durch Substanzen zu einem Teil durch Sensibilisierungsprozesse, welche durch wiederkehrenden Substanzkonsum selbst initiiert werden können, nachvollzogen werden können und somit nicht als prämorbid Persönlichkeitsfaktoren bedingt sind. Dieses Modell wurde am besten bei Alkoholismus untersucht und trifft häufiger auf Frauen denn auf Männer zu. Laut Verheul (2001, 2007a) wird dieses Modell mit der Vermeidenden, Abhängigen, Schizotypischen, Zwanghaften sowie der Borderline Persönlichkeitsstörung in Verbindung gebracht, wobei davon betroffene Menschen zur Stressreduktion Substanzen wie Alkohol, Heroin, Benzodiazepine und Opiate verwenden.

**Das Modell der Belohnungssensitivität** besagt, dass Individuen, die hohe Werte in den Dimensionen „Suche nach Neuem und nach Belohnung“, „Extraversion“ und „Geselligkeit“ aufweisen, stärker motiviert sind, Substanzen aufgrund ihrer positiv verstärkenden

Eigenschaften einzunehmen. Das Modell scheint am besten auf jene Individuen zuzutreffen, die allgemein auf der Suche nach positiver Verstärkung (Verheul, 2001), resp. durch mehr allgemeine Sensitivität gegenüber positiven Verstärkern charakterisiert sind (Zuckermann, 1999; Cloninger, 1987, Verheul, van den Brink, & Gerlings, 1999). Laut Verheul (2001, 2007a) sind dies vor allem Menschen mit einer Histrionischen oder Narzisstischen Persönlichkeitsstörung, welche zur positiven Verstärkung beinahe alle Substanzen einsetzen.

Verheul et al. (1999) nehmen an, dass die durch diese Modelle beschriebenen Phänomene mit der Dysregulation neuronaler Schaltkreise oder Neurotransmittersysteme zusammenhängen. Gemäss den Studien von Higley und Bennet (1999), Cloninger (1987), Verheul et al. (1999), Siever und Davis (1991) sowie Depue, Luciana, Arbisi, Collins et al. (1994) werden folgende Zusammenhänge vermutet: Hohe Ausprägungen in den Persönlichkeitsmerkmalen Verhaltensenthemmung oder Impulsivität korrelieren primär mit einem Serotoninmangel, während hohe Werte in den Persönlichkeitsmerkmalen Stressreaktivität oder Angstsensitivität primär mit einer erhöhten neuronalen Erregbarkeit als Resultat einer reduzierten Hemmung des GABAergen/glutamatergen Rezeptorsystems korrelieren. Ein hoher Wert der Belohnungssensitivität korreliert primär mit dopaminerger oder opioiderger Hyperaktivität.

Beck, Wright, Newman und Liese (1993), Khantzian (1985) und Gabbard (1990) belegen, dass Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung spezifische Substanzen nach deren Wirkung sowie den eigenen Bedürfnissen auswählen, wobei der Affekt, der den grössten Schmerz beheimatet, für die Substanzwahl ausschlaggebend ist. Verheul (2007a) postuliert, dass die Mehrheit der beobachteten Komorbiditäten zwischen Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen durch die drei Modelle erklärt werden kann.

### 4.3 Das Modell der gemeinsamen Faktoren

Dieses Modell basiert auf der Annahme, dass Persönlichkeits- und Abhängigkeitspathologie nicht direkt, sondern über einen dritten Faktor verbunden sind, welcher zur Entwicklung beider Störungen beiträgt (Verheul, 2007a). Verheul (2007a) geht davon aus, dass dieses Modell vorwiegend auf DD zutrifft, welche hohe gemeinsame Komorbiditäten aufweisen, wie die Antisoziale und Borderline Persönlichkeitsstörung (Verheul et al., 2009). Während Zanarini (1993) sowie Lacey und Evans (1986) vorschlagen, dass Suchterkrankungen, Antisoziale und Borderline Persönlichkeitsstörungen Spektrumsstörungen der Impulskontrolle seien, propagieren Siever et al. (1991) eine psychobiologische Perspektive, nach der die Antisoziale und Borderline Persönlichkeitsstörung entweder phänomenologisch, genetisch oder/und biologisch mit Impulskontrollstörungen der Achse I, z.B. Substanzmissbrauch, korrelieren (Verheul, 2007a). Dieses Modell wird häufig in Bezug auf Genetik oder



schwere frühkindliche Traumata untersucht. Der Einfluss genetischer Faktoren auf die Entstehung von Suchterkrankungen (Godwin, 1992; Schuckit, 1992) sowie der Antisozialen Persönlichkeitsstörung ist gut belegt, in gewissem Ausmass konnten auch für die Borderline und Schizotypische Persönlichkeitsstörung genetische Determinanten nachgewiesen werden (Verheul, 2007a). Befunde von Langeland und Hartgers (1998) zeigen auf, dass zwischen physischer und/oder sexueller Kindesmisshandlung und einer Suchterkrankung Zusammenhänge bestehen, was spezifisch mit der Borderline Persönlichkeitsstörung korreliert zu sein scheint (Paris, 1994; Brown & Anderson, 1991; Sabo, 1997). Die Ergebnisse zweier Adoptionsstudien, die Alkoholismus und Antisoziale Persönlichkeitsstörung untersuchten, legen nahe, dass dies zwei verschiedene Störungen sind (Hesselbrock, 1986; Cadoret, O’Gorman, Throughton & Heywood, 1985; zit. nach Verheul 2007a). Eine neue Studie von Fu, Heath, Bucholz, Nelson, et al. (2002) zeigt auf, dass die gemeinsamen genetischen Risiken von Depressionen sowie Cannabis- und Alkoholabhängigkeit zu einem zum grössten Teil durch genetische Faktoren der Antisozialen Persönlichkeitsstörung aufgeklärt werden können, da die genetischen Effekte dieser mit einem grösseren Risiko für die genannten Störungen einhergehen. Anhand dieser Studie liess sich keine Evidenz für das Modell gemeinsamer Ätiologie nachweisen. Ein besseres Verständnis der komplexen Zusammenhänge könnte durch die Konzentration auf Persönlichkeitsdimensionen anstatt Achse-II-Diagnosen erreicht werden. Slutske, Heath, Madden, Bucholz, et al. (2002) berichten von genetischen Einflüssen, welche auf eine breite Palette von Verhaltenskontrollproblemen einwirken und so ca. 40% der genetischen Varianz bei einer Alkoholkrankung und dem Risiko von Verhaltensstörungen und ca. 90% des gemeinsamen genetischen Risikos für Alkoholabhängigkeit und Verhaltensstörungen erklären. Wenn also genetische Faktoren zur Variation in Persönlichkeitsdimensionen (z.B. mangelnde Verhaltenskontrolle) beitragen und einen substanziellen Beitrag zur genetischen Diathese der Alkoholabhängigkeit ergeben, erklären sie den grössten Teil für die gemeinsame genetische Diathese beider Störungen.

#### 4.4 Abschliessende Betrachtung der Modelle

Das Modell der primären Persönlichkeitsstörungen wird von Befunden unterstützt, während das Modell der primären Suchterkrankung stark vernachlässigt wurde (Verheul, 2007a). Neue empirische Befunde belegen überzeugend das Vorhandensein gemeinsamer Faktoren und legen eine gemeinsame Diathese für die Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankungen nahe. Die Modelle schliessen sich gegenseitig nicht aus, sondern können ergänzenden Charakter haben. So ist denkbar, dass ein Modell den Beginn, ein anderes die langzeitliche Aufrechterhaltung einer komorbiden Störung beschreibt. In diesem Zusammenhang spricht man auch von bidirektionalen Modellen, wie es z.B. von Nace (1990) vorgeschlagen wird: Er setzt den Schwerpunkt auf die Regression der Persönlichkeit, insbesondere auf die Schwächung der Ich-Funktionen sowie die Verstärkung unreifer

Persönlichkeitsmerkmale, welche durch pharmakologische Effekte psychoaktiver Substanzen induziert werden und im Gegenzug den Substanzmissbrauch fördern. Verheul (2007a) führt aus: „Die Pathologie der Persönlichkeit kann auch ein Moderator von Symptomen, Behandlungswirksamkeit, Behandlungsergebnis und Verlauf von SMA sein und ist so gesehen eine indirekte Erklärung für den starken Zusammenhang zwischen den beiden Störungsformen.“ (S. 15). Trull et al. (2000) postulieren ein reziprokes Modell, nach dem bei Bestand einer komorbiden Erkrankung eine Störung die andere bedienen kann (vgl. Crouse et al., 2007, Burnam & Watkins, 2006). So dokumentieren Studien, dass Suchterkrankungen die Chronizität einer Borderline Persönlichkeitsstörung fördern können, letztere aber auch die Chronizität der Suchterkrankung beeinflusst (Links, Heslegrave, Mitton, Van Reekum et al., 1995). Crouse et al. (2007) weisen darauf hin, dass eine Suchterkrankung Persönlichkeitszüge verstärken oder verdecken kann. Kipp und Stolzenburg (2000) sprechen von einem Teufelskreis, bei dem durch schädliche Substanzeinnahmen regressive Veränderungen der Persönlichkeit erfolgen, welche wiederum labilisierende Effekte auf die Interaktionsfähigkeit und Selbststeuerung haben.

#### 4.5 Psychoanalytischer Zugang

Aufgrund der psychodynamischen Ausrichtung der Abteilung A5 widmet sich dieses Kapitel dem psychoanalytischen Zugang.

Laut Thomasius (2004) zeigen sich Patienten- und Patientinnengruppen mit der DD Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung als heterogene Populationen (vgl. auch McGovern, Xie, Segal, Siembab et al., 2006). „Grundsätzlich gesehen können unterschiedliche strukturelle Defizite mit den dazugehörenden Störungen der Ich-Funktionen, der Über-Ich-Struktur und des Selbst sowie Beziehungsstörungen und unbewusste intrapsychische Konflikte dazu führen, dass psychotrope Substanzen funktionalisiert werden, um mit den aus der individuellen Struktur-, Konflikt- und Beziehungspathologie resultierenden unerträglichen Spannungen fertig zu werden“ (Thomasius, 2004, S.32). Sowohl die Gruppe der suchterkrankten als auch jene der persönlichkeitsstörten Individuen weisen unter objektbeziehungspsychologischen Gesichtspunkten eigene Entwicklungslinien auf. Die für die Borderline Persönlichkeitsstörung typische Gut-Böse-Spaltung liegt der Suchtkrankheit nicht zugrunde, was zu unterschiedlichen Funktionen des Suchtmittelkonsums führt. Im Sinne einer Affektreduktion undifferenzierter Emotionen wie überwältigender Wut, vernichtender Panik, Verschmelzung oder totaler Leere werden diese anhand psychotroper Substanzen von beiden Gruppen zu neutralisieren versucht. Die selbstzerstörerische Wirkung der Substanzen findet man ebenfalls bei beiden Gruppen. Ihnen fehlt in analytischer Sprache das gute innere Objekt, um zu leben und das Leben zu genießen. Das Suchtmittel stellt in diesem Fall einen Ersatz für das äussere Objekt dar, wird inkorporiert und entfaltet seine destruktiven Anteile im Körper. Faktisch repräsentiert die Substanz das böse, wird vom Süchtigen aber als gutes Objekt fantasiert. Dadurch entwickelt sich ein Kreislauf von

Versagen, Verzweiflung und Schuld. Um Erinnerungen an frühe Traumatisierungen zu entfliehen, wie dies bei Menschen mit der Borderline Erkrankung oft vorkommt, dissoziieren diese. Substanzmissbrauch kann dabei als zusätzliche Coping-Strategie angesehen werden (vgl. Reddemann, 2003). In der Nähe-Distanz-Regulierung in Beziehungen zeigt sich, dass psychotrope Substanzen als Beschützer gegen das phobische Objekt eingesetzt werden.

## 5 Herkömmlichen Therapiearten

Traditionelle psychiatrische und Suchtbehandlungsstrategien sind laut der NIAAA (1993) in der Behandlung vieler Menschen mit DD aufgrund deren besonderer Bedürfnisse unzureichend. Die folgenden Kapitel geben eine Übersicht über herkömmliche Behandlungsmethoden der Sucht- resp. Persönlichkeitstherapie und fassen deren Evaluationen in Bezug auf Menschen mit komorbiden Störungsbildern zusammen.

### 5.1 Suchttherapien

Während für die Therapie von Menschen mit Alkoholproblematiken einige Wirkungsstudien vorhanden sind, ist laut Kienast, Rödiger, Kensche, Förster et al. (2009) die Datenlage bei Opiat-, Kokain- und Cannabisabhängigkeit deutlich schlechter. Laut den Autoren können für die Therapie diverse psychotherapeutische Strategien verwendet werden: kognitive Verhaltenstherapie, Kontingenzmanagement, Paar- und Familientherapie, Kurzinterventionen, motivationale Gesprächsführung, Community Reinforcement Approach, Contract-Therapie, Selbsthilfegruppen, soziales Kompetenztraining oder Case-Management und Drogenberatung. Weiter wird die begleitende Gabe von Psychopharmaka sowie psychosoziale Betreuung empfohlen. Rückfallpräventionen und Stressbewältigungstherapien der Kognitiven-Verhaltens-Therapie wurden in kontrollierten Studien evaluiert und erwiesen sich als viel versprechende Behandlungsansätze (Verheul, 2007b). Eine Studie von Carroll, Ball, Nich, Martino, et al. (2006) zeigt, dass motivationale Gesprächsführung einen signifikant positiven Einfluss auf die Aufrechterhaltungsrate hat, während keine signifikanten Effekte auf den Outcome des Substanzmittelmissbrauchs nachgewiesen werden konnten. Miller und Wilbourne (2002) zeigen in ihrer Meta-Analyse, dass kognitiv-behaviorale Therapien sowohl in der Abstinenzhaltung als auch der Rückfallprävention effizient und effektiv sind (vgl. Carroll, 1996; Irvin, Bowers, Dunn & Wang, 1999). Bezüglich Kontingenzmanagement zeigt eine Studie von Petry, Martin, Cooney und Kranzler (2000) die Effektivität in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit auf. Zum Community Reinforcement Approach zeigt eine Studie von Smith, Meyers und Delaney (1998) in Bezug auf Alkohol erfolgsversprechende Resultate. Laut Bottlender, Bottlender, Scharfenberg und Soyka (2003) zeigen neue Studien, dass sowohl stationäre als auch ambulante Settings in der Entwöhnungsbehandlung wirksam sind. Nowinski, Baker und Carroll (1992) entwickelten die 12 Step Facilitation Therapy (12FT), welche sich primär auf Suchterkrankungen fokus-

sirt und deren Hauptziel in der Abstinenz sowie der Entwicklung eines substanzfreien Lebens und eines drogenfreien sozialen Netzwerkes liegt (Ball, 2007). Diese Therapie legt besonderen Wert auf Selbsthilfegruppen und gilt als eine Standardberatungsform in Suchtbehandlungssettings (Ball, 2007). Carroll, Ball und Martino (2004) konnten für die 12FT im Vergleich zu kognitiv-behavioralen und motivationalen Therapien eine bessere Effektivität feststellen. Gold und Brady (2003) schliessen aus ihrer Übersichtsarbeit zu evidenz-basierten Suchttherapien, dass weiterführende Forschung unbedingt nötig sei.

Infolge divergierender Studiendesigns mit Menschen unterschiedlicher Erkrankungsschwere, Komorbiditäten und Eignungen für ein Therapiemanual gibt es keine Hinweise auf die Überlegenheit eines psychotherapeutischen Verfahrens (Schuhler & Schmitz, 2006). Petry et al. (1998) bemängeln die mangelnden Belege für die differentielle Effektivität spezifischer therapeutischer Massnahmen und ergänzen, dass dies insbesondere für DD gelte.

### 5.1.1 Ergebnisse zu Verlauf und Outcome

Für Individuen mit der DD einer Persönlichkeitsstörung und einer Suchterkrankung zeigt sich häufig ein schlechterer Verlauf und Ausgang der Therapie (Reich & Vasile, 1993; Crouse et al., 2007) und eine problematischere Vergangenheit bezüglich Schwere der Suchterkrankung und des psychosozialen Funktionsgrads (Brooner, King, Kidorf, Schmidt et al., 1997; Nace, Davis, Gaspari, Altermann et al., 1991; Rutherford, Cacciola & Altermann, 1994; Dimeff & Linehan, 2008). Van den Bosch et al. (2007) attestieren einen schlechteren psychosozialen und medizinischen Status bei Eintritt und Follow-up (vgl. auch Crouse et al., 2007; Moggi, Giovanoli, Buri, Moos et al., 2010). Menschen mit dieser Art DD haben grössere Schwierigkeiten (Crouse et al., 2007; Westermeyer & Thuras, 2005; Dimeff et al., 2008), leiden häufiger unter Depressionen, Angst und suizidalen Vorhaben (Westermeyer et al., 2005; Dimeff et al., 2008), sind öfter von Rückfällen betroffen (Crouse et al., 2007, Krampe, Wagner, Stqwicki, Bartels, et al., 2006), auch früheren Rückfällen (Thomas, Melchert & Banken, 1999; Verheul et al., 1998), und zeigen ein schlechteres funktionales Out-Come (Crouse et al., 2007). Diese Menschen sind bei Beginn der Suchterkrankung signifikant jünger (vor allem bei Cluster B-Persönlichkeitsstörungen) und bleiben länger darin verhaftet (Westermeyer et al., 2005), was laut Ciraulo, Piechniczek-Buczek und Iscan (2003) zu einem schlechteren Outcome führt.

Positivere Befunde zeigen auf, dass Persönlichkeitspathologien verbunden mit Prä- und Postbehandlungs-Problemschwere keinen signifikanten Faktor darstellen, um die Behandlungsentwicklung vorherzusagen (van den Bosch et al., 2007; Schneider et al., 2009; Moggi et al., 2010). Im Gegenteil können Individuen mit einer komorbiden Störung mindestens so viel von der Behandlung profitieren wie solche mit Single-Diagnosen (Altermann, Rutherford, Cacciola, McKay & Boardman, 1998; Cacciola, Altermann, Rutherford & Snider, 1995; Cacciola, Altermann, Rutherford, McKay & Snider, 1996; Cecero, Ball, Tennen,

Kranzler & Rounsaville, 1999; Crits-Cristoph, Siqueland, Blaine, Frank, et al., 1999; Powell, Penick, Nickel, Liskow, et al., 1992; Verheul, van den Brink, Hartgers & Koeter, 1999). Weiter zeigen Studien (Kokkevi, Stefanis, Anastasopoulou & Kostogianni, 1998; Marlowe, Kirby, Festinger, Husband, et al., 1997; Verheul et al., 1998, Moggi et al., 2010), dass eine DD-Diagnose weder mit frühzeitigem Dropout noch einem kürzeren Klinikaufenthalt verbunden ist. Eine Studie von Verheul et al. (1998) besagt, dass die Motivation für Veränderung nicht durch die Komorbidität beeinflusst wird (vgl. Moggi et al., 2010). Nordholm et al. (2007) finden signifikante Verbesserungen der familiären Situation und des Alkoholmissbrauchs für komorbid wie auch nicht komorbid erkrankte Menschen. Jedoch zeigen sich für erstere Gruppe schwerere psychiatrische Probleme. Studien von Kosten, Kosten und Rounsaville (1989), Cacciola et al. (1996) sowie Nace und Davis (1993) führen zur Schlussfolgerung, dass keine generell negative Aussage bezüglich des Behandlungs-Outcome bei Menschen mit DD gemacht werden kann. So würden diese keinen schlechteren Behandlungserfolg in Bezug auf die klinischen Entwicklungen, höhere Rückfallraten oder schlechtere Werte im psychosozialen Funktionieren zeigen. Jedoch besteht die Vermutung, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, obwohl sie ebenfalls grosse Fortschritte in der Therapie machen können, aufgrund der höheren Problemschwere auf einem Level sind, das sie für Rückfälle anfälliger macht als Menschen ohne Persönlichkeitsstörungen (van den Bosch et al., 2007; Darke, Ross, Williamson & Teesson, 2005).

De Groot, Franken, van der Meer und Hendriks (2003) untersuchten 369 suchterkrankte Menschen (Opiate, Kokain, oft Poly-Substanzen) in einer Suchttherapie. Signifikante Reduktionen zeigten sich auf den schizoiden, vermeidenden, passiv-aggressiven, schizotypischen und Borderline Persönlichkeitsskalen. Die Autoren folgern, dass Behandlungen in einer therapeutischen Gemeinschaft Sozialisationsprozesse in Schwung bringen, worin das Selbstkonzept involviert ist, so dass eine Selbstbewusstseinssteigerung erfolgen kann. So zeigten die Probanden bessere Kommunikation, mehr Kontakt mit anderen Menschen und weniger „eigenbrötlerische“ Aktivitäten. Hingegen konnten keine Veränderung für die Skalen der Narzisstischen und Antisozialen Persönlichkeit gefunden werden, was aufgrund der dieser Klientel zugeordneten Selbstbezogenheit erwartet wurde. Diese Ergebnisse stellen die Festgelegtheit der Persönlichkeitszüge von suchterkrankten Menschen stark in Frage.

**Menschen mit einer Alkoholkrankung und einer Persönlichkeitsstörung** zeigen ein höheres Ausmass situationsbezogenen Trinkens in als unangenehm erlebten oder durch interpersonelle Konflikte bedingten Situationen. Sie verwenden häufiger emotional gefärbte Bewältigungsstrategien, verfügen über ein höheres Ausmass affektiver und paranoider Psychopathologie, zeigen vermehrt Drogenmissbrauch und müssen aufgrund ihrer Suchterkrankung öfter hospitalisiert werden (Nace et al., 1991; Smyth, 1993). Driessen und Hill (1998) finden in einer Teilstudie des „Lübeck Evaluation of Motivation Treatment in Alco-

hol Dependence“ (LEMA) bei 250 Alkoholabhängigen nach abgeschlossener Entzugsbehandlung Besonderheiten in den soziodemographischen Daten: Individuen mit der DD einer Alkoholmissbrauchs- und Persönlichkeitsstörung waren häufiger männlich, jünger und lebten häufiger alleine als Menschen, welche die Diagnosen einer Suchterkrankung und Achse-I Störung erhielten oder nur unter Suchterkrankung litten. Auch zeigte sich, dass das pathologische Trinken bei den beiden erstgenannten Gruppen in jüngerem Alter eingesetzt hatte und rascher vorangeschritten war. Abschliessend zeigten jene Individuen mit Persönlichkeitsstörung eine schwerere Form der Abhängigkeit sowie ein höheres Ausmass negativer sozialer Folgen. Menschen, die sowohl unter einer Alkoholabhängigkeit als auch unter einer Persönlichkeitsstörung leiden, haben eine ungünstigere Prognose (Schneider et al., 2009). Laut den Autoren gibt es nur über den Zusammenhang von Antisozialer und Borderline Persönlichkeitsstörung in Bezug auf alkoholbedingte Suchterkrankungen systematische Erkenntnisse, während für andere Persönlichkeitsstörungen bis auf Prävalenzangaben kaum Daten vorhanden sind. Nordholm et al. (2007) schliessen, dass die Frage, ob das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung in der Behandlung von Alkoholikern die Behandlung beeinflussen soll oder nicht, nicht abschliessend beantwortet werden kann. Landheim, Bakken und Vaglum (2006) stellen anhand einer Studie mit Menschen mit einer Alkoholerkrankung und Persönlichkeitsstörung, die eine Suchttherapie abgeschlossen hatten, im 6-Jahre-Follow-up fest, dass rückfällige Personen seltener verheiratet waren und früher mit dem Substanzmissbrauch begannen. Ein früherer Konsum führt potentiell zu einer früheren Abhängigkeit, was in der Folge zu einer schwer reversiblen sozialen Desintegration führen kann.

**Drop-Out.** Miller, Brown und Sees (2001) sehen die Paranoide, Bornovalova und Daughters (2007) die Borderline Persönlichkeitsstörung als Prädiktor für einen Therapieabbruch und berichten von Drop-out-Raten von 67% innerhalb der ersten drei Therapiemonate. Budman, Demby, Soldz und Merry (1996) verglichen interpersonale Gruppenpsychotherapie über 18 Monate und berichten von Dropout-Raten von 51%, wobei davon 92% eine Borderline Persönlichkeitsstörung hatten, während sich die restlichen 8% auf andere Persönlichkeitsstörungen verteilten. Laut De Groot et al. (2003) tendieren Menschen in Suchttherapie eher zu Dropout, wenn sie mehr Symptome bei Therapiebeginn aufwiesen. Eine Studie von Bottlender et al. (2003) untersucht in einer klinischen katamnestischen Studie die Effizienz einer intensiven ambulanten Entwöhnungstherapie an alkoholabhängigen Menschen, wobei die Autoren speziell auf den Einfluss einer komorbiden Persönlichkeitsstörung auf Rückfall- und Abbruchrate achten. Während rückfällige Individuen durchschnittlich mit 2.13 Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden, zeigen sich bei durchgängig abstinenten Patienten 1.5 Persönlichkeitsstörungen. Rückfällige zeigen tendenziell häufiger eine Cluster-B Persönlichkeitsstörung (Negativistische, Borderline und Antisoziale), Individuen mit einem Dropout, häufiger eine Negativistische, Histrionische oder Nar-

zisistische Persönlichkeitsstörung. Menschen mit einer Zwanghaften oder einer Cluster-A Persönlichkeitsstörung beendeten die Therapie häufiger regulär. Martinez-Raga, Marshall, Keaney, Ball und Strang (2002) berichten von Therapieabbrüchen bei 47.5% der Individuen mit Suchterkrankungen in Bezug auf Alkohol und Persönlichkeitsstörungen während einer zwei- bis sechswöchigen stationären Alkoholentgiftung. Coping Stile, soziales Funktionieren sowie wenig Motivation oder Bereitschaft für eine Veränderung werden mit frühzeitigem Dropout assoziiert (Ball, Carroll, Canning-Ball & Rounsaville, 2006). Laut den Autoren können Symptome der Persönlichkeitsstörung zu interpersonellen Konflikten mit dem Behandlungsteam sowie zu negativen Reaktionen auf die Behandlungsregeln führen. Auch Ball (1998) weist auf diesen Zusammenhang hin und führt aus, dass die besondere Vulnerabilität oder Sensibilität auf negative Affekte und interpersonelle Probleme zwei der Hauptgründe für Rückfälle darstellen. Berthel (2003) betrachtet die mit der Persönlichkeitsstörung einhergehende Beziehungsstörung und die damit verbundenen Beziehungsmuster der Idealisierung und Entwertung als erschwerend in der Therapie und Reintegration, wobei die emotionale Instabilität, der Mechanismus des Agierens sowie psychologische Spaltungsmechanismen als besonders störend hervorzuheben seien. Häufig sei die Behandlung der Klientel mit Doppeldiagnosen von frühzeitigem Therapieabbrüchen, Wut, Enttäuschungen, Ohnmacht und Versagen geprägt. Ball et al. (2006) haben mit einem kleinen Sample Erwachsener (N = 24), die eine ambulante Suchttherapie abbrachen, die individuellen Gründe für den Dropout untersucht und festgestellt, dass primär ein Mangel an Motivation oder Hoffnung sowie interpersonale Probleme mit dem Dropout zusammenhängen. Gerade bei den Antisozialen, Narzisstischen und Histrionischen Persönlichkeitsstörungen und den mit ihnen verbundenen maladaptiven Wesenszügen wie Aggression, Manipulation, Impulsivität, Enthemmtheit und geringer Korrektheit zeigen sich enge Verbindungen zu Konflikten mit den Angestellten, Abgrenzungsbelangen und Erfolg mit dem Programm.

Schlussfolgernd fasst Verheul (2007b) zusammen,

*dass die empirischen Befunde mehrerer Studien darauf hinweisen, dass Patienten mit SMA und PS von der Behandlung mindestens so viel profitieren wie Patienten ohne Komorbidität. Das Persönlichkeitsprofil der Patienten weist jedoch eine starke Wirkung auf den Verlauf der Suchtprobleme nach Entlassung aus der Behandlung auf. Die Befundlage legt nahe, dass die Auswirkung der Persönlichkeit auf die Therapieergebnisse mindestens teilweise über ihren Einfluss auf verschiedene Aspekte des Behandlungsprozesses mediiert wird. Des Weiteren deuten einige Befunde darauf hin, dass Persönlichkeitsmerkmale miteinander und mit anderen wichtigen Patientenmerkmalen wie Veränderungsmotivation und Achse I Störungen interagieren und so ihre Auswirkungen auf den Behandlungsprozess und das Behandlungsergebnis entfalten. Klinische Heterogenität unter den PS kann Subgruppen mit besonders schlechter Prognose maskieren (S. 225).*

## 5.2 Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

Verheul und Herbrink (2007) fassen in ihrem systematischen Review die Effektivität verschiedener Modalitäten der Psychotherapie für Persönlichkeitsstörungen zusammen. Psychotherapie ist die Behandlung der Wahl (vgl. auch Renneberg, Schmitz, Döring, Herpetz et al., 2010), was aus einer Meta-Analyse von Perry, Banon und Ianni (1999), einem Cochrane Review von Binks, Fenton, McCarthy, Lee et al. (2006), zwei klinischen Leitlinien (American Psychiatric Association, 2001; National Institute for Mental Health in England, 2003) sowie einer Meta-Analyse von Leichsenring und Leibling (2003) geschlossen werden kann. Letztere prüften die Effektivität psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Therapien im Zeitraum zwischen 1974 und 2001. Folgende Tabelle fasst die gefundene Effektstärken und Rahmenbedingungen zusammen:

Tabelle 3: Effektstärken und Rahmenbedingungen im Vergleich

<b>Therapieart</b>	<b>Psychodynamische Therapie</b>	<b>Kognitiv Behaviorale Therapie</b>
<b>Messgrößen</b>		
<b>Anzahl Studien / N / Drop-Out</b>	15 / N = 417 / 15%	10 / N = 231 / 17 %
<b>Mittelwerte: Länge in Wochen/Anzahl Sitzungen/Follow-Up in Wochen</b>	37.2 / 23.3 / 78.1	16.4 / 13.2/ 12.5
<b>Effektgrösse „overall“ / Selbstbeurteilung / Fremdbeurteilung</b>	1.46 / 1.08 / 1.79	1.00 / 1.20 / 0.87

Leichsenring et al. (2003) fügen an, dass die Effektgrößen die wahren Veränderungen aufgrund unspezifischer therapeutischer Faktoren, spontaner Remissionen oder Regression in Richtung Mitte überschätzen könnten. Beide Therapierichtungen zeigen sich in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen effektiv, aufgrund der geringen Studienanzahl ist ein Vergleich der beiden Ausrichtungen jedoch nicht möglich.

Weitere Belege für die Effektivität von Psychotherapie liefern systematische oder kritische Literatur-Reviews von Bateman und Fonagy (2000), Gabbard (2000), Ogrodniczuk und Piper (2001), Perry und Bond (2000), Sanislow und McGlashan (1998) sowie Shea (1993). Pharmakologischen Interventionen wird weniger Effektivität nachgewiesen (Binks et al., 2006). Renneberg et al. (2010) vermerken, dass pharmakologische Behandlungsversuche „off label“ (d.h. ohne Zulassung für diese Indikation)“ (S. 340) erfolgen. Generell sei die Medikamentenabgabe mit Psychotherapie zu kombinieren.

Verheul et al. (2007; Verheul, 2007b) geben aufgrund ihrer Recherchen bekannt, dass eine grosse Anzahl psychotherapeutischer Behandlungen Evidenz in der Reduktion von Symptomen und Persönlichkeitspathologien sowie eine Steigerung der sozialen und beruflichen Funktionstüchtigkeit bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen aus allen Clustern aufweisen. Am besten treffe diese Aussage auf kognitiv-behaviorale, psychodynamisch orientierte, ambulante sowie individuelle Psychotherapien zu. Weiter gibt es auch positive Belege für langandauernde psychodynamische Gruppenpsychotherapien im ambulanten Set-



ting, kurzzeitige psychodynamisch orientierte Gruppen im stationären Betrieb sowie psychodynamisch orientierte stationäre Psychotherapie von unterschiedlicher Dauer. Gabbard (2009) meint, dass die Psychoanalyse eine lange und kostenintensive Behandlung darstellt, die aufgrund der Intensität und Dauer Vorteile in der Erreichung von Veränderungen im Vergleich zu Kurzzeit-Therapien hat. Eine Studie von Woody, McLellan, Luborsky und O'Brien (1985) zeigt auf, dass Menschen mit der Diagnose einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung mehr von der Therapie profitieren, wenn sie zusätzliche Stimmungsproblematiken aufweisen, woraus Verheul et al. (2007) schlussfolgern, dass der durch die Symptome verursachte Stress als motivationaler Faktor fungiert. Während gewisse Persönlichkeitsstörungen, z.B. die Borderline und die Vermeidende, personalen Stress bereits in der Diagnose integriert haben, sind andere Typen häufig primär von funktionalen Schwierigkeiten charakterisiert, welche jedoch verleugnet oder externalisiert werden können (vgl. Fiedler, 2000). Mit dieser Klientel sollte an der Erkennung der Beziehung zwischen Persönlichkeit und funktionalen Schwierigkeiten gearbeitet werden, wofür sich motivationale Techniken anbieten. Verheul et al. (2007) vermerken, dass in der klinischen Praxis die Veränderungsmotivation sowie reflexive Kapazitäten oft vorausgesetzt werden, was zum Ausschuss vieler Menschen führen kann, wobei diese Punkte gerade Skills zum Lernen darstellen. Daher wäre eine Prä-Behandlungs-Phase mit motivationaler Gesprächsführung oder Assessment Methoden zur Unterstützung sinnvoll.

Bateman et al. (2000) führen aus, dass die Evidenz verschiedener Therapien nicht von einer spezifischen theoretischen Orientierung abhängt, sondern von einem konsistenten, kohärenten und für alle verständlichen theoretischen Rahmen. Unter diesem Gesichtspunkt ist nicht auszuschliessen, dass auch interpersonelle, experimentale und humanistische Psychotherapien wertvoll sind (Verheul et al., 2007). Die theoretische Grundausrichtung kann durch Module weiterer Schulen ergänzt werden. Studien von Hellerstein, Rosenthal, Pinsker, Samstag et al. (1998) sowie Piper, Joyce, McCallum und Azim (1998) zeigen, dass supportive Varianten der psychodynamischen Psychotherapie weniger frühzeitige Therapieabbrüche verzeichnen als interpretative oder expressive Varianten (Verheul, 2007). Gabbard (2000) schliesst, dass die interpretative Psychotherapie für Menschen, denen häufig eine Frustrations- und Angsttoleranz sowie Impulskontrolle fehlt, kontraindiziert sei. Laut Verheul et al. (2007) ergibt sich jedoch darin die Chance für einen Therapiedurchbruch und eine Effektivitätssteigerung. Daher könnte in der Praxis eine Kombination beider Interventionen sinnvoll sein.

Kienast und Förster (2009) berichten von guten Behandlungsergebnissen für verschiedene Methoden. Am besten abgesichert seien signifikante Symptomverbesserungen bei der Borderline, der Ängstlich-Vermeidenden und der Antisozialen Persönlichkeit. Dabei zeigen sich psychodynamisch ausgerichtete Therapieverfahren ebenso effektiv wie interpersonell-

le, supportive oder kognitiv-verhaltenstherapeutische Massnahmen. Renneberg et al. (2010) bestätigen diese Aussage und stellen für diese drei Störungsbilder manualisierte störungsspezifische Psychotherapiekonzepte vor, welche sich als überlegen gegenüber unspezifischen Verfahren zeigen: Für die Borderline Persönlichkeit gibt es die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT), die Schema bzw. Schemafokussierte sowie die Übertragungsfokussierte Therapie (TFP). Für die Antisoziale Persönlichkeit werden kognitiv-behaviorale Programme genannt und für die ängstlich-vermeidende Persönlichkeit kognitive Verhaltenstherapie wie auch interpersonale und psychodynamische Therapien. Für die weiteren Persönlichkeitsstörungen existieren hingegen nur wenige Daten zur Wirksamkeit von Psychotherapie.

Schweiger et al. (2009) sehen den Vorteil der Verhaltenstherapie in der guten Akzeptanz durch die Klientel. Die Konzepte seien transparent, würden die Eigenverantwortung und Mitarbeit fördern und seien weniger stigmatisierend. So würden Individuen mit Borderline oder Selbstunsicher-Vermeidender Persönlichkeitsstörung seltener frühzeitig die Therapie abbrechen, wenn sie von indikationsbezogenen Therapieangeboten profitieren können. Probleme der Verhaltenstherapie würden oft durch hohe Lageorientierungen entstehen, so dass Übungsangebote und kognitive Umstrukturierungen als subjektiv überfordernd, invalidisierend oder auch als ungerecht erlebt werden könnten.

In der praktischen Arbeit zeigt sich, dass Persönlichkeitsstörungen häufiger in Mischformen denn in reiner Form vorliegen, was eine Kombination verschiedener Ansätze erfordert (Kienast et al., 2009).

### 5.2.1 Ergebnisse zu Verlauf und Outcome

Wie in Kapitel drei bereits erwähnt, finden sich kaum Studien aus der Persönlichkeitsstörungsforschung, die sich mit den Einflüssen komorbider Suchterkrankungen beschäftigen. Laut Verheul et al. (2009) werden Menschen, die sich bezüglich der erkrankten Persönlichkeit in Behandlung begeben wollen, aufgrund einer komorbiden Suchterkrankung von der Behandlung ausgeschlossen. Ähnliche Phänomene sieht man auch in der Forschung, dabei spielt die Stichprobenhomogenität eine entscheidende Rolle. Folgende Studien aus der Persönlichkeitsforschung mit Resultaten zu komorbiden Suchterkrankungen beziehen sich alle auf Menschen mit der Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung.

Verheul, van den Bosch, Köter, de Ridder et al. (2003) untersuchen in einem randomisierten Versuch die dialektisch behaviorale Therapie (DBT) an dänischen Frauen wobei sie zwischen Patientinnen mit und ohne komorbide Suchterkrankung keine Unterschiede in der Therapieeffektivität feststellen. Eine weitere Studie von van den Bosch, Verheul und van den Brink (2001) vergleicht 29 Menschen mit der Diagnose einer Borderline Persön-

lichkeitsstörung mit 35 Menschen, die sowohl eine Borderline Persönlichkeitsstörung als auch eine Alkoholerkrankungsdiagnose erhielten. Dabei weist die zweite Gruppe grössere Levels der Angst, des antisozialen Verhaltens sowie suizidaler Absichten auf. Eine randomisierte Studie der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) (Van den Bosch, Verheul, Schippers & van den Brink, 2002) an 58 Frauen zeigt grössere Verbesserungen in der Pathologie der Persönlichkeit als eine Standardbehandlung, wobei eine komorbide Suchterkrankung keinen Einfluss auf die Ergebnisse hat. Jedoch zeigt sich im Abhängigkeitschweregradindex, dass die DBT bezüglich Konsumreduktion innerhalb der 12 Therapie-monate sowie im 6-Monate-Follow-Up keine Effektivität aufweist.

Ryle und Golyunkina (2000) untersuchen 39 Individuen, die mit kognitiver analytischer Therapie behandelt werden, und stellen fest, dass Alkoholmissbrauch mit schlechteren Behandlungsretentionen und Out-Comes verbunden ist.

Bateman und Fonagy (1999) teilen in einem kontrollierten Versuch 38 Probanden zufällig einer psychoanalytisch orientierten Tagesklinik oder einer herkömmlichen Behandlung zu. Sie berichten von substantiellen Reduktionen der parasuizidalen und selbstverletzenden Verhaltensweisen sowie Hospitalisierungen während der rund 18 Monate dauernden Therapie. Im Vergleich zur Kontrollgruppe verbessern sich der Schweregrad der subjektiv berichteten psychiatrischen Symptome wie auch das soziale und interpersonale Funktionsniveau. Lediglich 12% der Stichprobe brechen die Therapie vorzeitig ab. Allerdings muss angefügt werden, dass die Verbesserung erst im späteren Verlauf der Behandlung erfolgt. Das Studiendesign verlangt einen Ausschluss komorbid erkrankter Menschen, fast die Hälfte der Stichprobe weist jedoch periodischen Substanzmissbrauch auf. Auf Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Substanzmissbrauch gehen die Autoren nicht ein. Weiter untersuchten Bateman und Fonagy (2000) die Effektivität der mentalisierungs-basierten Therapie (MBT) an einer Stichprobe von Menschen mit schweren Borderline Persönlichkeitsstörungen, die häufig eine komorbide Suchterkrankung aufweisen. Die Outcomes zeigen sich sehr erfolgreich, auch in der Post-Messung (Bateman & Fonagy, 2008). Verheul et al. (2009) sehen in der MBT ein vielversprechendes Programm für die Behandlung von Menschen mit komorbiden Erkrankungen.

Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich et al. (2004) untersuchen 290 Individuen, die aufgrund ihrer Persönlichkeit hospitalisiert wurden. Eine komorbide Suchterkrankung hat einen starken negativen Zusammenhang mit der Remission der Persönlichkeitsstörung beim Follow-Up nach 6 Jahren. Die komorbide Suchterkrankung hat einen grösseren Einfluss auf den Outcome als jede andere Achse-I-Störung.

## 6 Behandlung komorbider Störungsbilder

Kienast et al. (2009) berichten vom Dilemma in der Behandlung komorbid erkrankter Menschen. So würden viele Therapierende die Behandlung dieser Personen ablehnen, da sie sich entweder für den Bereich der Persönlichkeit interessieren, sich dann aber vom Bereich der Suchttherapie distanzieren, oder umgekehrt (vgl. Thomasius, 2004, Brems et al., 1997; Burnam et al., 2006). Van den Bosch et al. (2007) nennen dies eine therapeutische „Catch-22 Situation“, in der Patienten das psychiatrische Hilffsystem nicht beanspruchen können, bis sie den Substanzmissbrauch beenden, andererseits aber auch nicht in das Suchthilffsystem eintreten können, bis sie ihre suizidalen und selbstzerstörerischen Verhaltensweisen im Griff haben (vgl. US Departement of Health and Human Services, 2002). Auch gibt es eine gewisse therapeutische Ratlosigkeit bezüglich der Behandlung dieser Klientel, da kaum effiziente Therapieroutine vorhanden ist (vgl. Moggi et al., 2010). Moggi (2007) ergänzt, dass die über lange Zeit erfolgte traditionelle Trennung zwischen den Behandlungssystemen die integrative Betrachtung der DD verhinderte. So bauen beide Behandlungssysteme ihre eigenen therapeutischen Standards aus und sind dabei bemüht, nur Menschen ohne Komorbiditäten aufzunehmen. Sowohl in der Forschung wie auch in der Praxis erhalten Menschen mit DD andere Behandlungen als solche mit Singlediagnosen. Die Integration störungsspezifischer Interventionen sowie die Einbindung in langfristige Behandlungsprogramme zählen so zu den therapeutischen Hauptproblemen (Moggi, 2007). Anhand von Studien, die sich mit der nihilistischen therapeutischen Haltung gegenüber Menschen mit Persönlichkeitsstörungen beschäftigen, schlussfolgert Verheul (2007b), dass die klinischen Probleme mit dieser Klientel möglicherweise schwachen Therapeutenleistungen zuzuschreiben seien. Brems et al. (1997) ergänzen, dass zu den Problematiken komorbid erkrankter Menschen jene unflexibler Behandlungssysteme noch dazukommen.

Kienast et al. (2009) empfehlen für die erfolgreiche Therapie von Menschen mit Doppeldiagnosen nebst dem interdisziplinären Austausch die Zusammenführung von Sucht- und Persönlichkeitsstörungstherapien. Laut Ball (2007) besteht Bedarf nach neuen oder modifizierten Therapiemanualen, um den speziellen Bedürfnissen sowie den kognitiven, behavioralen, emotionalen und interpersonellen Problemen dieser Klientel gerecht zu werden. Auch Brems et al. (1997) meinen, dass komorbid erkrankte Menschen am besten in integrierten Programmen behandelt werden können. Mueser und Kavanagh (2004) halten fest, dass Menschen, die an einer Suchterkrankung in Komorbidität mit einer weiteren Störung leiden, mehr Behandlungsressourcen benötigen, um relevante Fortschritte in den Bereichen der Sucht sowie der sozialen Funktionstüchtigkeit zu erreichen. Die integrative Behandlung von Menschen mit DD sollte die empirisch gut belegten Wirkfaktoren der Psychotherapie (Moggi & Donati, 2004) wie Problemaktualisierung, Klärung, Problembewältigung und Ressourcenaktivierung beachten.

## 6.1 Was bedeutet integriertes Programm?

Drake und Mueser (2000) definieren integriertes Arbeiten als eine Zusammenführung psychiatrischer und suchtbezogener Therapieansätze von einem klinischen Team. Dadurch würden die Patienten und Patientinnen konsistente Erklärungen für ihre Störungsbilder sowie kohärente Therapieanleitungen erhalten und keine sich widersprechenden Anweisungen des psychiatrischen Personals einerseits und des suchtspezifischen Personals andererseits. Drake, Mueser, Brunette und McHugo (2004) unterstützen einen integrativen Ansatz. Mueser, Noordsy, Drake und Fox (2003) schlagen die Integration folgender Prinzipien in der Behandlung vor: Integration, Verständnisförderung, Durchsetzungsfähigkeit, Reduktion negativer Konsequenzen, weitreichende Perspektiven, motivationsbasierte Behandlung sowie multiple psychotherapeutische Module.

## 6.2 Schlüsselkomponenten der integrierten Therapie

Timko, Dixon und Moos (2005) haben die Literatur auf Schlüsselkomponenten für integrierte Therapie durchgearbeitet und die vier Domänen „Organisation“, „Praxis des Managements“, „Service“ sowie „Grundsätze“ definiert. Diese Domänen werden nachfolgend ausgeführt und durch Ergebnisse respektive Empfehlungen weiterer Autoren ergänzt.

### 6.2.1 Organisation: Stellenmanagement und Behandlungsorientierung

**Personal:** Laut Timko et al. (2005) soll gut trainiertes Personal eingesetzt werden (vgl. Thomasius, 2004), welches in hoher Verfügbarkeit für die Klientel da sei. Sie empfehlen eine grosse Anzahl psychiatrischer, sozialarbeiterischer und psychologischer Fachpersonen. Verheul (2007b) weist auf die Wichtigkeit von professionellen Therapierenden mit fundierter und breiter Ausbildung sowie Erfahrungen in und mit Psychotherapie, Persönlichkeitstheorie, Psychopathologie und spezifischen Persönlichkeitsstörungen hin. Flynn und Browns (2008) empfehlen Personal, das in beiden Disziplinen gut geschult ist, und einen generellen Austausch zwischen beiden Disziplinen. Berthel (2003) hält aufgrund der hohen Anzahl unterschiedlichster Problemstellungen eine interdisziplinäre Interventionsstrategie für angebracht, wobei eine gute Koordination zwischen den Beteiligten unumgänglich sei. Supervision für das Personal soll zentraler Bestandteil sein (Verheul, 2007b).

**Theoretische Ausrichtung:** Timko et al. (2005, vgl. Moggi et al., 2004) empfehlen kognitiv-behaviorale Ausrichtungen, die Rückfallpräventionen und Skillstraining beinhalten. Evaluierte Therapiekonzepte zur Cannabisabhängigkeit und komorbider Persönlichkeitsstörung in den USA und Australien betonen ebenfalls die Wichtigkeit kognitiv-behavioraler Ausrichtung (Schneider et al., 2009). Auch Meta-Analysen von Miller et al. (2002), Carroll (1996) sowie Irvin et al. (1999) sehen die kognitiv-behaviorale Therapie als effizienter Ansatz für die Abstinenzhaltung sowie die Rückfallprävention. Moggi et al. (2010) weisen jedoch anhand einer Vergleichsstudie von Suchttherapien in den USA und der Schweiz

darauf hin, dass die Schweizer Klientel aufgrund weniger kognitiv-behavioraler und somit weniger doktrinärer Ausrichtung des flexibleren Behandlungsprogramms weniger emotionalen Stress erlebt. Laut Verheul (2007b) ist es eher unwahrscheinlich, dass sich ein Behandlungsansatz für alle Patienten und Patientinnen passend zeigt (vgl. Moggi et al., 2004). Vielmehr scheint eine differenzielle Zuweisung des Individuums zu spezifischen Therapieprogrammen die Wirksamkeit der Behandlung zu erhöhen. Ein empirisch basiertes Wirksamkeitsverständnis der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen mit oder ohne komorbider Suchterkrankung ist in einem frühen Stadium (Verheul, 2007b).

**Rahmenbedingungen der Therapie:** Laut Timko et al. (2005) sollte bezüglich der Therapiedauer Flexibilität gewahrt werden, so dass man sie jeweils auf die Bedürfnisse und Therapieziele eines Individuums ausrichten kann. Moggi et al. (2010) halten fest, dass die Klientel von individuelleren Behandlungseinheiten, längerfristigen Behandlungen sowie breiteren Behandlungsspektren (Kunst- und Musiktherapien, effektive Möglichkeiten für die Freizeitgestaltung) profitiert. Laut mehreren Studien (Moggi, Ouimette, Finney & Moos, 1999; Moggi, Ouimette, Moos & Finney, 1999; Ouimette, Gima, Moos & Finney, 1999) sind längere Behandlungsepisoden, mehr Einzelsitzungen, hoch strukturierte Behandlungssettings bezüglich der Suchterkrankung und anhaltende Betreuung in der Behandlung von Menschen mit DD unumgänglich (vgl. Brems et al., 1997). Bottlender et al. (2003) weisen auch im ambulanten Setting höhere Erfolge mit hochstrukturierten Behandlungssettings aus. Mueser et al. (2003) können für die integrierte Behandlung dann Effektivität nachweisen, wenn diese als Langzeitbehandlung ohne Zeitlimit existiert (vgl. Drake, Wallach & McGovern, 2005). Laut Verheul (2007b) gibt es zwischen psychoanalytischen und kognitiv-behavioralen Theorien den Konsens, dass die Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ein langer Prozess ist. Häufig ist das Ziel nicht, in relativ kurzer Zeit tiefe und permanente Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur zu erzielen, sondern es sollen vielmehr die Ergebnisse der Suchtbehandlung verbessert werden, indem das Funktionieren der Persönlichkeit angegangen wird (Verheul, 2007b). Psychotherapie sollte in Langzeitbehandlungen durchgeführt werden, welche genügend Struktur und Sicherheit bieten, und es sollten andere Behandlungen integriert werden. Auch Thomasius (2004) unterstreicht die Bedeutung der Intensität und Strukturiertheit von Therapieprogrammen sowie der Flexibilität im Hinblick auf Patientenbedürfnisse.

### 6.2.2 Praxis des Managements: Implementierung klinischer Leitlinien

**Implementierung klinischer Leitlinien:** Behandelnde Institutionen sollten laut Timko et al. (2005) klinische praktische Leitlinien für die Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnosen sowohl auf Programm- als auch Systemlevel integrieren (vgl. Minkoff, 2001).

Die aktuelle Forschung belegt laut Thomasius (2004) nicht, wie suchtspezifisch die Behandlung komorbid erkrankter Menschen ausgerichtet sein soll, betont aber, dass ein Igno-

rieren der Suchterkrankung kaum zum Behandlungserfolg beiträgt. Ekleberry (2009) sieht eine wachsende Gefahr darin, dass wenn eine Störung behandelt, die andere ignoriert werde und Burnam et al. (2006) ergänzen, dass durch eine einseitige Behandlung mehr Kosten und ein schlechterer Outcome provoziert werden können. Fridel und Hesse (2006) weisen auf die Bedeutung einer effektiven Therapie der psychiatrischen Symptome bei Menschen mit einer Suchterkrankung hin; auch wenn diese nur einen geringen Effekt auf die Suchterkrankung hätten, so können sie doch aufgrund der erhöhten Mortalität lebensrettend sein. Auch Verheul (2007b) empfiehlt das direkte therapeutische Angehen maladaptiver Persönlichkeitsmerkmale, was einen positiven Einfluss auf kognitive Prozesse, Bewältigungsfertigkeiten sowie die Verbesserung weiterer komorbide Achse-I Störungen haben kann und sich wiederum positiv auf das Rückfallrisiko sowie die Teilnahme an Nachbehandlungsprogrammen auswirke (vgl. Ball, 1998). Mueser et al. (2001) führen aus, dass die Patienten und Patientinnen individuell zugeschnittene, integrative Beratungs-, Therapie und Rehabilitationsangebote benötigen, welche wirksame Interventionen für psychische Störungen und Suchterkrankungen kombinieren, integrieren und modifizieren. Auch bei primärer Suchterkrankung erscheint es sinnvoll, komorbide Erkrankungen zu therapieren, anstatt nur die Aufrechterhaltung der Abstinenz hervorzuheben, da sekundäre Persönlichkeitsstörungen häufig als Hauptfaktoren der Vulnerabilität für Rückfälle gelten. Umgekehrt wird aber auch bei primärer Persönlichkeitsstörung empfohlen, die Suchtproblematiken parallel zu behandeln, da anhaltender Substanzmissbrauch die Motivation, die kognitiv-emotionale Stabilität und die Therapieteilnahme beeinflussen kann. So sollen laut Verheul (2007b) in der Therapie „gleichzeitig Symptomatologie, Ätiologie und die Wechselwirkung von Suchterkrankung und Persönlichkeitsstörung ins Zentrum gerückt werden“ (S.236 – 237). Dies bedeutet jedoch nicht, dass anhaltende dysfunktionale Persönlichkeitszüge sofort zu verändern sind. Vielmehr soll in einem ersten Schritt versucht werden, empathisch die normalen und abweichenden Persönlichkeitsmerkmale des Patienten zu verstehen. Dabei sollten unterstützende und Grenzen setzende Techniken angewendet werden, die agierendes Verhalten und Rückfallrisiken zu verhindern versuchen. Diese Vorgehensweise soll laut Beck et al., (1993) das Vertrauen in der Beziehung zwischen therapeutischer Person und zu behandelnder Person steigern und die therapeutische Arbeitsbeziehung verbessern, was die Behandlung der Suchterkrankung erleichtert. Bei länger bestehender Abstinenz können Persönlichkeitsproblematiken direkter angegangen werden (Verheul, 2007b). Laut Thomasius (2004) ist eine stationäre Behandlung indiziert, wenn die psychiatrische Erkrankung von sozialer Instabilität begleitet wird, eine Behandlung in der Suchtklinik hingegen, wenn die Suchtproblematik im Vordergrund steht (vgl. Brems et al., 1997).

**Case-Management:** Timko et al. (2005) empfehlen ein lang andauerndes, intensives Case-Management, wobei es von Vorteil ist, wenn speziell eine therapeutische Person für eine

Patientin oder einen Patienten zuständig ist und sich für deren Behandlungsplan und die Evaluation des Behandlungsverlaufs verantwortlich zeigt (vgl. Brems et al., 1997).

**Therapeutische Arbeitsbeziehung:** Verheul (2007b) beschreibt die möglicherweise schwierige therapeutische Arbeitsbeziehung bei Menschen mit DD, da diese „mit grosser Wahrscheinlichkeit ihre chronischen maladaptiven interpersonellen Persönlichkeitsmuster mit besonderer Intensität in der therapeutischen Arbeitsbeziehung“ (S. 236) ausagieren. Daher sollten die Behandlungsmodule auf den spezifischen interpersonellen Stil zugeschnitten werden. Anstatt die Gefühle der Gegenübertragung in der Beziehung zum Patienten/zur Patientin auszuleben, sollten deren spezifischen Bedürfnisse befriedigt oder mindestens geduldet werden (Verheul, 2007b). Eine dialektische Haltung der therapeutischen Person scheint angebracht, um der Klientel einerseits emotionale Validierung entgegenzubringen und andererseits Veränderungen zu forcieren. Eine gute Arbeitsallianz fördert laut Moggi et al. (2010) die Involviertheit der Klientel in der Therapie sowie deren Veränderungsmotivation, was sich günstig auf den Therapieerfolg auswirke (vgl. Thomasius, 2004). Verheul (2007b) empfiehlt zusätzlich zu den regulären Therapiemodulen intensive individuelle Beratungen, welche die therapeutische Arbeitsbeziehung etablieren und Drop-Outs entgegenwirken sollen.

**Zufriedenheit bezüglich des Therapieprogrammes:** Diese sei patienten- und patientinnen-seitig wichtig und solle berücksichtigt werden (Timko et al., 2005).

### 6.2.3 Service: Assessment und Diagnosestellung

**Therapiemodule:** Timko et al. (2005) empfehlen individuelle und Gruppentherapien, Peer-Beratungen, Selbsthilfegruppen, Medikation sowie Psychoedukation. Bezüglich der Gruppentherapien empfiehlt Verheul (2007b) eine individuelle Einschätzung für jedes Individuum, ob bereits früh eine Indikation dafür besteht oder ob z.B. eine Person mit Vermeidender oder Abhängiger Persönlichkeitsstörung erst später zur Gruppe dazukommt, um unnötige Gefühle der Peinlichkeit und Angst, welche zum Drop-Out führen könnten, zu vermeiden.

Psychoedukation nimmt eine immer grössere Bedeutung in der Psychotherapie, Psychosomatik und Rehabilitation ein (Fiedler, 1996b; Petermann, 1997; Schmitz, Bischoff, Ehrhardt & Leidig, 2000). Das Ziel besteht hier darin, durch ein Expertentum über die eigene Erkrankung Fertigkeiten zu entwickeln, um auf die Förderung und Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit Einfluss nehmen zu können (Schuhler et al., 2006). Fiedler (1996) belegt dafür eine Steigerung der Therapiezufriedenheit, des patientenseitigen Vertrauens in die Behandlung sowie der aktiven und eigenverantwortlichen Mitarbeit. Schuhler et al. (2006) weisen speziell bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, die ihre Erkrankung häufig als „ich-Synton“ erleben und ihre sozialen Schwierigkeiten so in Verbindung mit



unangemessenem Verhalten anderer in Verbindung bringen, auf den wertvollen Beitrag der Psychoedukation hin.

**Motivationsarbeit:** Schneider et al. (2009) empfehlen aufgrund evaluierter Therapiekonzepte motivationsfördernde Gruppeninterventionen sowie Social-Support-Gruppen. Laut Timko et al. (2005) scheinen Interventionen bezüglich der Motivation der Klientel einen zentralen Stellenwert für die Etablierung der Abstinenz und der Motivation, die psychiatrischen Symptome zu managen, einzunehmen. Thomasius (2004) bestätigt dies und ergänzt, dass sich der Zyklus des Problembewusstseins und der Veränderungsbereitschaft im Verlauf einer Suchterkrankung prozesshaft verändern und betroffene Individuen diesen Zyklus aufgrund von Rückfällen mehrmals durchlaufen. Auch Verheul (2007b) empfiehlt motivierende Gesprächsführung, sicher während der Eingangsphase, bei Indikation auch während des gesamten Behandlungsprozesses.

**Angehörigenarbeit:** Angehörige sollen über Ätiologie, Behandlung sowie Prognosen informiert werden (Timko et al., 2005). Thomasius (2004) betont diesbezüglich die Arbeit an familiären Gewohnheiten und Interaktionsmodi, welche eine Suchterkrankung fördern bzw. zum Rückfall führen können.

**Rehabilitation:** Diesbezüglich empfehlen Timko et al. (2005) Stressmanagement, soziales und berufliches Skillstraining, Sport und entspannende Aktivitäten. Brems et al. (1997) sehen Bedarf für soziale Support-Gruppen, Rechtsberatungen, Kinderbeaufsichtigung und Elternberatungen sowie Rehabilitation und Karriereplanung. Laut Landheim et al. (2006) sind psychosoziale Behandlungen und die Verfügbarkeit guter Rehabilitationsprogramme für die soziale Reintegration und die Reduktion des Rückfallrisikos unerlässlich.

**Diagnostik:** Schuhler et al. (2006) sehen im dimensionalen Modell der Persönlichkeitsstörung eine wichtige Alternative zum laut den Autoren stigmatisierenden kategorialen Konzept mit einseitiger Defizitorientierung. Das dimensionale Modell stelle ein „akzeptierbares, konzeptuelles und sprachliches Handwerkszeug für psychoedukative Massnahmen zur Verfügung“ (S. 178), demzufolge es zu jeder Persönlichkeitsstörung einen nicht-pathologischen Persönlichkeitsstil gibt. Persönlichkeitsstörungen werden als Extreme der normalen, anpassungsfähigen Persönlichkeitsstile verstanden. Daraus lässt sich ableiten, dass das Problem in der Quantität und nicht in der Qualität liegt, was einen ausgeglichenen therapeutischen Zugang ermöglicht, der sowohl ressourcen- als auch problemorientiert ist. Verheul (2007b) argumentiert aufgrund der überlappenden Störungsbilder für das Ersetzen oder Ergänzen der kategorialen Ansätze durch dimensionale oder hierarchische Ansätze (vgl. auch Casillas & Clark, 2002). „Dimensionale Klassifikationssysteme sind flexibler, spezifischer und umfassender in der Information, während kategoriale Klassifikationssys-

teme zu starr sind, darin Information verloren geht und in einer Reihe von Klassifikationsdilemmata resultiert, wenn der Patient nicht die Kriterien für eine spezifische oder für mehrere (wechselseitig ausschliessende) Kategorien erfüllen“ (Verheul, 2007b, S. 240). So würde ihm zufolge die zusätzliche Wertung zugrunde liegender „normaler“ Persönlichkeitsdimensionen einen wertvollen Beitrag zur individuellen Indikation und Behandlungsplanung bieten. (Verheul, 2007b). Verheul et al. (2009) beschreiben die Problematik der Reliabilität und Validität der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik bei suchterkrankten Menschen. Hierbei muss überlegt werden, ob Symptome der Persönlichkeitsstörung, die durch eine Suchterkrankung beeinflusst sein könnten, ein- oder ausgeschlossen werden. Schliesst man alle Symptome aus, welche in irgendeiner Art und Weise mit der Suchterkrankung verbunden sind, geht man von einer Reduktion der Persönlichkeitsstörungsdiagnosen aus. Laut Thomasius (2004) sind bei Eliminierung substanzbezogener Merkmale die Prävalenzraten für Borderline Persönlichkeitsstörungen unter Süchtigen jedoch immer noch sehr hoch (vgl. Dimeff et al., 2008). Driessen et al., (1998) stellen hingegen unter diesen Umständen eine Reduktion fest (vgl. Casillas et al., 2002). Verheul et al. (2009) spezifizieren, dass sich, wenn man nur die Symptome ausschliesse, welche vor der Suchterkrankung oder während abstinenter Zeiten nicht vorhanden waren, nur minimale Effekte auf die Anzahl vergebener Persönlichkeitsstörungen zeigen würden. Bowden-Jones et al. (2004) betonen, dass in suchterkrankten Populationen die Validität routinierter klinischer Diagnostik nicht gut untersucht ist, was die Autoren als „signifikante Unterlassung“ (S. 1307) betiteln. Laut Crouse et al. (2007) sollte daher die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bei einer Person mit einer aktuellen oder kürzlich aktiven Suchterkrankung nur provisorisch gestellt werden. Brems et al. (1997) empfehlen eine immer wiederkehrende Diagnostik während des Behandlungsprozesses.

**Medikation:** Course et al. (2007) zeigen auf, dass Neuroleptika, Antidepressiva sowie stimmungsstabilisierende Medikamente in der Behandlung von Symptomen, die mit Persönlichkeitsstörungen assoziiert sind, effektiv sein können (vgl. van den Bosch et al., 2007). Durch die Medikamente könnten Symptome der Persönlichkeitsstörung verbessert werden, während Fortschritte im Outcome der Suchtbehandlung erreicht werden. Ralevski et al. (2007) untersuchten Menschen mit Alkoholabhängigkeit und Antisozialer oder Borderline Persönlichkeitsstörung bezüglich der Wirkung der Psychopharmaka *Naltrexone* und Placebo als Unterstützung in der Suchttherapie. Sie schliessen, dass der Outcome der Medikation für Patienten und Patientinnen mit komorbider Persönlichkeitsstörung jenem von Patienten und Patientinnen mit Singlediagnosen vergleichbar ist. Das Medikament *Fluoxetine* zeigt sich in der Behandlung von Menschen mit DD, die impulsive und aggressive Verhaltensweisen aufweisen, als nützlich (Coccaro & Kavoussi, 1997). Berthel (2003) sieht Hilfen in medikamentöser Unterstützung auf Suchtebene, wo man mit Substitutions-

medikamenten arbeiten kann, sowie auf der Ebene der Psychopathologie, bei der komorbide Ängste, Depressionen etc. behandelt werden können.

#### 6.2.4 Grundsätze

**Äussere Struktur:** Laut Timko et al. (2005) sollen mögliche Entscheidungen, die die Klientel im Alltag treffen muss, eingeschränkt werden, regelmässig Drogen- und Alkoholtests durchgeführt und die Therapiebedingungen klar ausformuliert werden (z.B.: Was ist die Folge eines Rückfalls?). Auch Thomasius (2004) sieht in der äusseren Strukturierung der Lebens- und Therapiebedingungen eine Hilfe in der Begrenzung psychostrukturell bedingter externalisierender Entgrenzungen; weiter beuge diese der Selbstschädigungstendenz vor und fördere die Ausbildung innerer Strukturen. Laut Thomasius (2004) zeigen sich Erfahrungen im stationär-psychotherapeutischen Bereich bezüglich schriftlicher Vereinbarungen zum Umgang und zu den Konsequenzen des Substanzkonsums positiv.

### 6.3 Gliederung der Therapie

Bezug nehmend auf Kapitel 4.5 (Psychoanalytischer Zugang) stellt dieses Kapitel einen Vorschlag zur Gliederung der Therapie auf psychoanalytischer Ebene vor.

Nach Thomasius (2004) steht bei Behandlungsbeginn die Förderung der Abstinenzmotivation im Vordergrund. Die therapeutische Person kann dazu beitragen, indem sie Hilfs-Ich-Funktionen übernimmt und dem Individuum als positives Objekt begegnet, wodurch dieses innere Bindung erfahren kann. Zeitgleich ist eine konstante Realitätsüberprüfung anzustreben. Der weitere Behandlungsverlauf ist der Klärung und Konfrontation mit Teilobjektbeziehungen gewidmet. Erkennen eigener dysfunktionaler Verhaltensweisen, Konfrontationen und Klarifizierungen sind dabei zentrale Elemente. Zudem wird der Patient/die Patientin zunehmend aufgefordert, Eigenverantwortung für das eigene Wohlergehen und die soziale Integration zu übernehmen. Die wichtige Nachsorgebehandlung dient der fortwährenden Förderung und Überprüfung der Abstinenzmotivation. Unterstützt werden sollen dabei die Fähigkeit zur Realitätsprüfung und Antizipation sowie eine Lebensweise, die sich an eigenen Zielen und Wünschen orientiert. Abschliessend kommt der ambulanten Therapie ein hoher Stellenwert zu. Rückfälle mit Phasen erneuten Substanzgebrauchs gehören zum Krankheitsverlauf komorbid erkrankter Menschen, was Mehrfach- und Wiederholungsbehandlungen indiziert.

## 7 Spezifische Behandlungsprogramme und deren Evaluation

In den folgenden Kapiteln werden vier Therapiekonzepte, die speziell für die Therapie von Menschen, die sowohl unter einer Persönlichkeitsstörung als auch einer Suchterkrankung leiden entwickelt wurden, vorgestellt. Nebst einer groben Übersicht über die Therapieverfahren werden Untersuchungen zu deren Wirksamkeit aufgezeigt.

### 7.1 Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppentherapieprogramm

Dieses strukturierte Gruppenprogramm für Menschen mit einer Suchterkrankung und einer entweder Selbstunsicheren, Dependenten, Zwanghaften, Histrionischen, Narzisstischen oder Borderline Persönlichkeitsstörung wurde von Schmitz, Schuhler, Handke-Raubach & Jung (2001) entwickelt und umfasst 12 Gruppenstunden, wobei die dimensional betrachtete Persönlichkeitsstörung direkt in den therapeutischen Arbeitsfokus gestellt wird. Anwendbar ist es im therapeutischen wie präventiven Bereich. Es kann als indikative Gruppe in Institutionen geführt werden, wobei ein gewisses intellektuelles Niveau vorausgesetzt wird. Jeweils zwei Gruppenstunden werden einem Störungsbild der Persönlichkeit gewidmet, wobei sich die erste Stunde auf die Psychoedukation konzentriert, während die zweite Stunde erlebnisaktivierenden Charakter hat, wobei eine Verknüpfung zwischen Suchtmittel und Persönlichkeitsorganisation in den Mittelpunkt gestellt wird. Hausaufgaben ergänzen die Gruppenstunden. Die Autoren betonen die ungewöhnlich breite Form psychoedukativer Elemente sowie die zentrale Stellung der Ressourcen und des positiven Reframings (Schuhler et al., 2006). Die Module zielen auf „Transparenz und Veränderungsbereitschaft durch Psychoedukation, nicht-konfrontative Motivierungsstrategien und Vermittlung plausibler Modelle in Verbindung mit emotionaler Erlebnisaktivierung“ (S. 188).

Die umfangreiche Evaluation des Verfahrens zeigte hohe Akzeptanz. In einer Evaluationsstudie durch Jung, Schuhler, Schmitz und Handke-Raubach (2003) zeigen sich zentrale therapeutische Wirkfaktoren im psychoedukativen Teil. Gleichzeitig ist das Programm unaufdringlich und spielt im Moment der Ermutigung eine entscheidende Rolle. Weiter konnte in den Ergebnissen der 1-Jahres-Katamnese (Schmitz, Schuhler, Handke-Raubach, Jung, et al., 2002) im Kontrollgruppenvergleich aufgezeigt werden, dass Teilnehmende des Programms, „eine deutlich höhere Lebenszufriedenheit mit der Familiensituation, ihrer sozialen Lebenssituation und der Wohnungssituation erreichen“ (S 190). Weiter würden Teilnehmende dieses Programms einen Rückfall im ersten Jahr nach dem Abschluss des Programms signifikant häufiger beenden (Schmitz et al., 2002).

### 7.2 Dialektisch-Behaviorale Therapie für Suchterkrankte (DBT-S)

In diesem speziell für die Behandlung der Symptome der Borderline Persönlichkeitsstörung in Komorbidität mit Suchterkrankungen entwickelten Verfahren wurden psychotherapeutisch wirksame Strategien aus der Suchttherapie in das ursprüngliche DBT-Programm

nach Linehan (1993) integriert. Kienast et al. (2009) sehen wichtige Therapieziele in der Stärkung der Selbstverpflichtung zur Abstinenz, der Erarbeitung individueller Methoden zur Konsumreduktion, der Reduktion von entzugs- oder abstinenzinduzierten Beeinträchtigungen der Lebensqualität, einer Verminderung des Cravings, dem Aufbau abstinenzunterstützender Kontakte sowie der Reduktion von Reizexpositionen im Alltag, die erneuten Substanzkonsum begünstigen (vgl. auch Dimeff et al., 2008). Schwerpunkte liegen im Prinzip der dialektischen Abstinenz, welche den permanenten Ausgleich zwischen den Polen der absoluten Abstinenz und dem Suchtkrankheitskonzept, welches Rückfallverhalten mit einschliesst, sucht, sowie die systematische Entwicklung und Anwendung von Attachment-Strategien, bei welcher die Patienten/Patientinnen mit schlechter Compliance in der Fähigkeit zur regelmässigen Therapieprogrammteilnahme gefördert werden. Laut Dimeff et al. (2008) soll gemeinsam eine möglich erscheinende abstinenter Zeitspanne formuliert werden. Nach Ablauf dieser Frist wird eine neue ausgehandelt. Diese kognitive Strategie arbeitet wie die 12FT mit dem Slogan „Just for Today“ (Dimeff et al., 2008) auf die absolute Abstinenz hin. Aufgrund der „Flatterhaftigkeit“ der Individuen mit einer Borderline Persönlichkeit wird der therapeutischen Fachperson eine aktive Rolle in der Bemühung um Kontakt und Therapiekonsistenz zugeschrieben (Dimeff et al., 2008).

Zwei ambulant kontrollierte randomisierte Therapiestudien verglichen anhand von Menschen mit der DD einer Suchterkrankung und Borderline Persönlichkeitsstörung die DBT-S (12 Therapiemonate) mit Standard- bzw. Validierungstherapie plus adaptiertem 12FT (Linehan, Heard & Armstrong, 1993) beziehungsweise mit „Behandlung wie üblich“ (Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft et al., 1999). In beiden Fällen zeigt sich die DBT-S den Vergleichstherapien überlegen, sowohl in der Symptomreduktion der Suchterkrankung mit Reduktion von Konsumhäufigkeit und -menge als auch in der Persönlichkeits-Symptomatik (Kienast et al., 2009). Linehan et al. (1999) zeigen auf, dass beim 16-Monate-Follow-Up diejenigen Personen, die DBT-S erhielten, bessere soziale und globale Adaptierung aufweisen. Weiter zeigte sich eine bessere Compliance resp. weniger Dropout (64 vs. 27%; Dimeff et al., 2008; vgl. auch Linehan et al., 1991). Linehan, Dimeff, Reynold, Comptois et al., (2002) untersuchten anhand von 23 opiat-abhängigen Personen mit komorbider Borderline Persönlichkeitsstörung die Wirkung der DBT-S gegenüber der globalen Validations Therapie mit 12-FT (CVT+12). CVT+12 ist ein manualisierter Therapieansatz, der die wichtigsten Strategien bezüglich Akzeptanz der DBT in Kombination mit Strategien des 12FT enthält. In den Urinproben wurden weniger Opiatsubstanzen festgestellt, wobei dies nur für die DBT-S-Teilnehmenden auch während der letzten vier Behandlungsmonate galt. Beide Therapiearten zeigten gute Ergebnisse bezüglich Dropout, wobei hier die CVT+12 der DBT-S überlegen war (100 vs. 64%). Beide Therapiearten konnten in den Follow-up-Messungen signifikante Reduktionen in den Psychopathologieskalen nachweisen.

Für eine Rehabilitationsklinik wurde die DBT für alkoholranke Menschen adaptiert (Mayer-Bruns, Lieb, Danegger & Jacob, 2005). Die Klinik arbeitet nach einem therapiezielorientierten, multimodalen, verhaltenstherapeutischen Konzept bei einer 16-wöchigen Entwöhnungsbehandlungsdauer. Die Autoren zeigen auf, dass das Klientel mit dieser Therapie besser in der Behandlung gehalten werden kann und für die Therapie zugänglicher ist. Die Behandlung erfahre gute Akzeptanz, wobei die Störungsmodellerarbeitung mit der Betonung der emotionalen Dysregulation sowie der Impulsivität, als besonders hilfreich für das Verstehen und den Umgang mit eigenen Problemen erlebt werde. Im Behandlungsverlauf nahmen aggressive und provokative Verhaltensweisen sowie allgemeine Reizbarkeit und Feindseligkeit ab. Therapierende zeigten weniger Verunsicherung im Umgang mit der Klientel und waren weniger Burn-Out-gefährdet. Eine Evaluation von Schornstein et al. (2008) an 8 Männern, welche die Therapie termingerecht beendeten (2 Dropouts), zeigt signifikante Reduktionen im Vergleich Prä- und Postmessung in den Dimensionen affektive Instabilität, Identitätsstörung, dissoziatives und paranoides Erleben sowie instabile Beziehungen. Nicht signifikante Reduktionen zeigen sich im Umgang mit Wut, innerer Leere, suizidalem und selbstverletzendem Verhalten sowie Impulsivität.

Verheul (2007b) weist auf den wenig hilfreichen Zugang verschiedener DBT-Programme zur Fokussierung auf ein bestimmtes Zielverhalten hin, da sich in der Praxis häufig Menschen mit multiplen Symptomen befinden. Deshalb empfiehlt er die Prüfung eines integrativen und mehrere Therapieziele verfolgenden DBT-Programms. Für die Praxis bedeutet dies das Angehen einer breiten Palette symptomatischer Manifestationen der Persönlichkeitsstörungen aus dem Impulskontrollspektrum, einschliesslich komorbider Störungen.

### 7.3 Dual Fokus Schema Therapie (DFST)

Auch diese strukturierte Methode verbindet verhaltenstherapeutische Techniken (z.B. Rückfallprävention; Ball, 2007) mit Elementen psychodynamischer Konzepte sowie anderer wirksamer Methoden (Kienast et al. 2009) und wird vorwiegend in der ambulanten Behandlung eingesetzt. Dabei „versteht sich die DFST als eine übergreifende Methodik für die Behandlung von Achse-II-Diagnosen“ (S. 1054), wobei sie als zeitlich begrenztes Modul in verschiedenen Langzeittherapien integriert werden kann (Ball, 2007). Die Therapie besteht aus einem Set von Grund- und wählbaren Elementen und kann so individuell angepasst werden (Ball, 2007). Es wird hypothetisiert, dass fehlgeschlagene Versuche zur Erfüllung zentraler Grundbedürfnisse in der Zeit des Heranwachsens einerseits zu früh erworbenen maladaptiven Schemata, andererseits zur Entwicklung dysfunktionaler Bewältigungsstrategien beitragen. Der therapeutische Fokus liegt auf der Identifizierung dysfunktionaler Verhaltensweisen, deren Hemmung sowie der erwachsenden Befriedigung der zu Grunde liegenden Bedürfnisse. Die in ihrer Ausprägung von den individuellen dysfunktionalen Schemata und Bewältigungsstrategien beeinflusste Abhängigkeit wird als

eigenständige Erkrankung gesehen. Die DFST enthält persönlichkeits- sowie suchtspezifische Strategien, Rückfallprävention, Vermittlung zwischenmenschlicher Fertigkeiten, Emotionsregulationsfertigkeiten, Fertigkeiten zur Stimuluskontrolle sowie Umgang mit Craving und Methoden zur Schemata- und Bewältigungsstrategieveränderung. Der gestufte Ablauf sieht in der Anfangsphase Psychoedukation, Vermittlung von Strategien zur Bewältigung der Abhängigkeitssymptomatik sowie den so genannten „nachbeelternden“ Beziehungsaufbau vor (vgl. Verheul, 2007b). Bei Erreichen genügend emotionaler Belastbarkeit werden zunehmend emotionsaktivierende sowie emotionsklärende Techniken verwendet. Dabei hängt die Balance der Rückfallprävention und der schema-fokussierten Arbeit von der Abstinenz und der Veränderungsmotivation des Individuums ab. Da dieses Behandlungsmodell davon ausgeht, „dass eine breite Palette von Schwierigkeiten des Patienten/der Patientin (z.B. Substanzkonsum, dysfunktionale zwischenmenschliche Beziehungen, Depression, Impulsivität) in einem einzigen oder ein paar wenigen maladaptiven Schemata subsumiert werden kann, das diese Erlebens- und Verhaltensweisen steuert“ (Verheul, 2007b, S. 230), können zielgerichtete Veränderungen eines Schematas erheblichen Einfluss auf eine Bandbreite von Verhaltensweisen nehmen.

Eine randomisiert kontrollierte Studie (Ball, 2007) an 30 ambulanten Patienten eines Methadonprogramms mit der DD Opiatabhängigkeit und Persönlichkeitsstörung untersucht die DFST im Vergleich zur 12FT (Nowinski et al., 1992) über einen Zeitraum von sechs Monaten. Bei der Baseline waren keine Differenzen zwischen den beiden Gruppen zu erkennen. Die Klientel der 12FT-Gruppe zeigte grössere Reduktionen dysphorischer Affekte als Menschen der DFST-Gruppe. Ball (2007) erklärt dieses überraschende Ergebnis mit fortlaufenden kognitiven und affektiven Prozessen in der Bearbeitung der schmerzhaften Vergangenheit während gleichzeitig geforderter Abstinenz. Die DFST-Gruppe berichtet über eine stärkere therapeutische Arbeitsbeziehung sowie eine raschere Reduktion in der Substanzmissbrauchsfrequenz. Ball (2007) schliesst, dass die DFST komplexe chronische DD nicht mit unrealistischen Zielen behandelt, sondern auf erreichbare Ziele fokussiert, wie Verbesserung des Selbstwertes, Beziehungen, Arbeitsfähigkeit, Aufrechterhaltung der Abstinenz und Sicherung weiterführender Hilfe. Eine weitere Studie von Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa et al., (2005) zeigt eine besser Anwendung der DFST gegenüber einer standard Drogenberatung bei 53 obdachlosen DD-Patienten. Ergebnisse von Ball, Young, Rounsaville & Carroll (1999) zeigen, dass die DFST ein wertvolles ambulantes Behandlungsmodell darstellt, welches wenig intensiv, kurzzeitig und kostengünstig ist. Young et al. (2003) vermuten, dass DFST für Menschen mit Borderline, Narzisstischer und Vermeidender Persönlichkeitsstörung weniger effektiv sei als spezifische Ansätze für diese Störungsbilder. Ball (2007) sieht weiterführende Forschung als unerlässlich an.

#### 7.4 Dynamisch Dekonstruktive Psychotherapie (DDP)

Dieses zeitlimitierte, manualbasierte Behandlungsprogramm wurde für Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung konzipiert, die nur schwer für eine Therapie zu gewinnen sind, z.B. aufgrund einer komorbiden Suchterkrankung (Gregory & Remen, 2008). Es soll helfen, neurokognitive Selbstkapazitäten zu korrigieren. Das Programm basiert auf der Hypothese, dass wiederholte Aktivität dreier neurokognitiven Funktionen (Assoziationen, Attribution und Andersartigkeit) zu einer Verstärkung der Symptomatologie der Persönlichkeitsstörung führen. Die wichtigsten Prinzipien der DDP sind: (1) Die Herstellung eines verstehenden Rahmens, welcher Ziele, Tasks und explizite niedergeschriebene Erwartungen enthält; (2) die Klientel durch reflektives Zuhören ermutigen, Erfahrungen zu verbalisieren, zu integrieren und vergegenständlichen; (3) das Kreieren komplexer Narrative durch das Bereitstellen von Brücken zwischen sequentiellen Erfahrungen und der Integration gegensätzlicher Attributionen; (4) neue Erfahrungen in der Beziehung zwischen Therapeut/Therapeutin und Patient/Patientin ermöglichen, welche gestörte Erwartungen aufheben können und eine bessere Differenzierung zwischen Selbst und Anderer ermöglichen sollen; (5) dem Klientel die Trauer für den Verlust der Idealisierung erleichtern, wenn diese realistische Sichten auf sich und andere entwickeln.

Gregory, Chlebowski, Kang, Remen et al. (2008) untersuchten diese Therapieform in einem kontrollierten Design an 30 Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 45 Jahren, welche die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung sowie einer aktiven alkoholbezogenen Suchterkrankung aufwiesen. Die Kontrollgruppe wurde einer üblichen Behandlung in einem Rehabilitationszentrum für Alkoholikerkrankungen zugeteilt, wobei sie unterschiedlichste Behandlungen während des Untersuchungszeitraumes erhielt. Die eine Gruppe erhielt individuelle wöchentliche Therapiestunden in einem Zeitraum zwischen 12 und 18 Monaten und wurde angehalten, in einer Gruppentherapie mit interpersonalem Fokus wie z.B. der 12-Step-Therapie teilzunehmen. Drei wichtige Resultate können den Ergebnissen nach 12 Monate entnommen werden: (1) DDP erbringt signifikante Verbesserungen in parasuizidalem Verhalten, Alkoholmissbrauch sowie der Inanspruchnahme von institutionellen Hilfen. Weiter verbessern sich Persönlichkeitsstörungssymptomatiken in den Bereichen der Depressivität sowie Dissoziation. Zudem steigert sich der soziale Support bei diesen Menschen mehr, was aber nicht signifikant bestätigt werden kann; (2) die DDP zeigt sich kommunalen Hilfen bei beiden Messzeitpunkten überlegen, obwohl die Kontrollgruppe mehr Behandlungskontakte aufwies; (3) DDP ist eine kosteneffektive Behandlungsmethode, welche klinisch bedeutungsvolle Resultate erbringt, jedoch weniger zeitintensiv ist. Die Retentionsrate lag zwischen 67 und 73%.



## 8 Behandlungskonzept der Abteilung A5, KPD Liestal

Diese Abteilung ist spezialisiert auf Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6), welche komorbid von einer Abhängigkeitserkrankung (ICD-10: F1; mehrheitlich Alkohol und THC, exklusive Kokain und Opiate) betroffen sein können (Konzept: Neue therapeutische Strukturen A5, Spezialabteilung für Persönlichkeitsstörungen, 2010), wobei der Entzug vor dem 12-wöchigen Aufenthalt erfolgt sein muss. Die offen geführte Abteilung verfügt über 15 bis 17 Plätze. Das multidisziplinäre Behandlungsteam besteht aus psychologischem, ärztlichem, sozialarbeiterischem und pflegerischen Personal. Bei Indikation können Sozialdienst, Kunsttherapie, Atelier, Sporttherapie, Physiotherapie, Seelsorge, ein grosses interdisziplinäres Netzwerk sowie andere Abteilungen hinzugezogen werden.

### 8.1 Therapieziele

Die Vorbereitung auf eine ambulante Psychotherapie ist das Ziel, wobei die Identitätsdiffusionsverminderung im Zentrum steht (bessere Integration der Persönlichkeitsteile: sich selber besser kennen lernen, Impulskontrolle erhalten, Einsicht in eigenen Kommunikationsmuster gewinnen und deren Herkunft verstehen, Ich-Stärke in eigene Regie erhalten, Selbstwert erhöhen; Arbeit an der pathologischen Abwehr, Realitätsbezugsverbesserung).

Folgende Grundsätze gelten: (1) Individuelle Behandlungspläne, die als wesentliche und explizite Elemente Ziele und zeitliche Planung beinhalten, werden durch das Kernteam unter aktivem Einbezug des Patienten/der Patientin definiert, überprüft und dokumentiert sowie durch Milieutherapien und Abteilungsstruktur ergänzt. (2) Therapieplanung, Behandlungsfokus, Einbindung zusätzlicher Personen, Setting und individueller Rahmen werden im Team festgelegt. (3) Individuelle Nachbetreuung wird vor Austritt sorgfältig geplant. (4) Für die Erreichung der Therapieziele werden Einzel- sowie Gruppentherapien angeboten. Eine psychodynamische Hauptausrichtung wird durch Elemente der Verhaltenstherapie ergänzt. (5) Externe Aktivitäten ausserhalb des Therapieprogramms sind möglich, wobei der Kontakt zur äusseren Realität gefördert wird, speziell in späteren Behandlungsphasen. (6) Einbezug des Umfeldes mit dem Ziel der Einbindung und Suche nach Kontinuität. (7) Verpflichtung zur Einhaltung der Abteilungsordnung. Diese beinhaltet ein Suchtmittelkonsumverbot. Konsequenzen fehlbaren Verhaltens werden im Indikationsgespräch vereinbart.

Zentral ist die Beziehung, die anhand strukturorientierter Verfahren (strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf, 2004) und kognitiv-behavioraler Elemente bearbeitet wird.

Folgende Strukturen gelten für alle: (A) Indikationsgespräch zur Motivationsklärung, Stärke für therapeutischen Prozess, Behandlungserläuterung, Therapievereinbarungen, Festhalten, ob die Störung konflikt- oder strukturbedingt ist, Festlegung des ersten Fokus. (A1)

Zwei Diagnostikwochen inkl. SKID-II. Teilnahme an obligatorischen Gruppen, Atelierbesuch, Einzelbegleitung. (A2) Einzeltherapiegespräche nach Indikation (Kernteam-, therapeutische Einzel- und Bezugspersonengespräche). (B) Obligatorische Gruppentherapien. (C) Gruppenaktivitäten nach Indikation (Skillsgruppe, Achtsamkeitstraining, soziales Kompetenztraining, Suchtgruppe; Aktivierende Gruppen wie Kochen, Alltagstraining im Haushalt; Sonstige Therapien gemäss Therapiezielen (Sport, Körper, Kunst etc.); Body-Awareness-Therapie; Atelier-Basis-Programm sowie Projektgruppe, Arbeitstraining, Hilfe bei der Suche externer Arbeitsstellen.

## 8.2 Abteilungsstrukturen und Milieugestaltung

Jedes Individuum hat auf struktureller Ebene seine Tagesstruktur. Alle besuchen ein gemeinsames Minimum an Gruppentherapien. Die Abteilungsstruktur dient auch dem Personal: Die Arbeitsfähigkeit soll erhalten, die Orientierung erleichtert, das Agieren der Klientel therapeutisch und koordiniert aufgefangen sowie Schutz durch sinnvolle Hierarchien gegeben werden. Das Milieu soll eine geordnete Umgebung bieten, eine gut fassbare zeitliche und örtliche Struktur, welche vielfältige Beziehungsmöglichkeiten eröffnet und vor Destruktivität, Flucht etc. schützt. Der Trennungsthematik, welche durch eine lange Behandlung hervorgerufen werden kann, wird ein besonderes Augenmerk zuteil. Weiter sollen in der Gruppe Wirkfaktoren der Milieuthherapie Anwendung finden. Offene Kommunikation und Partizipation stehen dabei im Mittelpunkt. Soziales Lernen und Leben in der Gemeinschaft sollen unterstützt und gefördert werden, so dass das Milieu die Eigenverantwortlichkeit fördert, was Transparenz, Partizipation und Schutz beinhaltet und sich so der regressiven Abkapselung entgegensetzt.

## 8.3 Team

Das Team vertritt eine gemeinsame therapeutische Haltung, welche anhand von Patienten- und Patientinnenbesprechungen und Behandlungsplansitzungen gefördert wird. Aufgrund hoher Spaltungstendenzen ist das „Containing“ zentral. Dafür ist, ebenso wie für Supervision, ausreichend Zeit einzuberechnen. Alle Teammitglieder sollen Basiskenntnisse in spezifischen Techniken wie DBT, sozialem Kompetenztraining, SKID-II-Fragebögen, Schematherapie etc. haben, wozu sie Kurse besuchen und Stages an anderen Kliniken machen, Literatur lesen, vortragen und diskutieren. Permanente Fortbildung ist selbstverständlich.

## 8.4 Aufnahme- und Ausschlusskriterien

Im Indikationsgespräch werden die Therapiemotivation, die verlangte Abstinenz sowie die Behandlungsvereinbarungen, z.B. Konsequenzen bei unerlaubtem Konsum, besprochen. Wichtige Indikationskriterien sind Motivation, Leiden und Dynamik. Ausschlusskriterien sind organische oder dementielle Syndrome, geistige Behinderungen, sprachliche Unzulänglichkeiten sowie im Vordergrund stehende oder aktuelle Abhängigkeitserkrankung, fehlende Absprachefähigkeit oder viel benötigter Pflegeaufwand.

### III. EMPIRISCHER TEIL

Diese Arbeit basiert auf einem Kooperationsprojekt der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Psychologie (ZHAW-P) und der Kantonalen Psychiatrischen Dienste Liestal (KPD). Gewünscht wurde eine Evaluation der neu eröffneten Abteilung A5 in Bezug auf Patienten und Patientinnen mit der Doppeldiagnose einer Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung. Aufgrund hoher Dropout-Raten sowie leer stehender Betten konnten nicht genügend Individuen für eine statistische Auswertung in die Stichprobe integriert werden. Daher werden im zweiten Teil drei Experten und eine Expertin interviewt, um Hinweise zur erfolgreichen Therapie bei Menschen mit DD zu erhalten.

## 9 Evaluationsstudie: Design und erste Erhebungen

Diese Studie wurde als Evaluationsstudie mit Follow-up konzipiert und in ein quasi-experimentelles Design angelegt. Folgende Kapitel geben eine Übersicht über Fragestellungen und Hypothesen sowie die verwendeten Instrumente

### 9.1 Fragestellungen und Hypothesen

Folgende Fragestellungen und Hypothesen liegen dieser Forschungsarbeit zu Grunde:

1a/b) Können im Verlauf der Behandlung signifikante bzw. klinisch relevante Veränderungen der Symptomatik, wie sie aus Sicht der Patienten und Patientinnen (1a) resp. wie sie aus Sicht der Therapeuten und Therapeutinnen (1b) erfasst werden, festgestellt werden? *Die Symptomatik, wie sie patientenseitig mittels SCL-90-R, PSKB-R und IIP-D (1a) resp. therapeutenseitig mittels BSS, GAS und CGI (1b) erfasst wird, verbessert sich im Verlaufe der Behandlung signifikant.*

2a/b) Haben die Patientencharakteristika zu Beginn der Behandlung einen Einfluss auf das Behandlungsergebnis? *2a) Die Schwere der Symptomatik der Persönlichkeitsstörung zu Beginn der Behandlung (IIP/PSKB) (2a) resp. die Schwere der Suchtproblematik zu Beginn der Behandlung (2b) hat keinen signifikanten Einfluss auf das Behandlungsergebnis.*

3) Welchen Einfluss hat die Zielsetzung (Fokus) des neuen Behandlungskonzepts auf das Behandlungsergebnis? *3) Der Patient/die Patientin erreicht in wichtigen Symptombereichen eine klinisch relevante Veränderung, die uns davon ausgehen lassen kann, dass der Patient/die Patientin nach der Entlassung im teilstationären oder ambulanten Rahmen weiterbehandelt werden kann.*

4) Können anhand der Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung Prognosen für das Behandlungsergebnis gemacht werden? *4a) Eine positive Einschätzung der Arbeitsbeziehung zur therapeutischen Bezugsperson seitens der Klientel wirkt sich signifikant positiv auf das Behandlungsergebnis aus. 4b) Eine positive Einschätzung der Arbeitsbeziehung zwischen therapeutischer Bezugsperson und Patient/Patientin wie sie seitens der Therapeuten eingeschätzt wird, wirkt sich signifikant positiv auf das Behandlungsergebnis aus.*

## 9.2 Instrumente

Folgende Instrumente wurden für die Erfassung der Befindlichkeit sowie die Erfassung von allfälligen Veränderungen während der 12 Wochen dauernden Therapie eingesetzt.

Tabelle 4: Erhebungsinstrumente für Patient/Patientin sowie Therapeut/Therapeutin

Erhebungsinstrumente für Patienten und Patientinnen	Erhebungsinstrumente für Therapeuten und Therapeutinnen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptomcheckliste nach Derogatis (SCL-90) (E, V, A)</li> <li>- Psychischer und sozialkommunikativer Befund (PSKB) (E, V, A)</li> <li>- Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D) (E, V, A)</li> <li>- Behandlungsfokus aus Sicht der Patienten und Patientinnen (FOKUS) (E, V, A)</li> <li>- Fragebogen zur therapeutischen Arbeitsbeziehung (TAB) (E, V, A)</li> <li>- SKID-II Screening-Fragebogen(E)</li> <li>- SKID-II Interview(E)</li> <li>- Fragebogen zur Einschätzung des Therapieerfolges (A)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beeinträchtigungsbeschwerdescore (BSS) (E, V, A)</li> <li>Clinical Global Index (CGI) (E, V, A)</li> <li>Global Assessment Scale (GAS) (E, V, A)</li> <li>Behandlungsfokus aus Sicht der Therapierenden (FOKUS) (E, V, A)</li> <li>Fragebogen zur therapeutischen Arbeitsbeziehung (TAB) (E, V, A)</li> <li>Fragebogen zur Einschätzung des Therapieerfolges (A)</li> </ul>

(E = Eintritt, V = Verlauf, A = Austritt)

Zur Diagnoseerhebung wurde das **Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV für die Achse II (SKID II)** nach Wittchen, Zaudig & Fydrich (1997) durchgeführt. Dieses Instrument basiert auf den DMS-IV Diagnosekriterien für Persönlichkeitsstörungen. Das zweistufige Verfahren besteht aus einem Fragebogen mit 117 Items (Screening), die mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden, sowie einem halbstrukturierten Interviewleitfaden.

Anhand der **Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90;** deutsche Version nach Franke, 1995) wird die subjektiv erlebte Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome der letzten sieben Tage erfasst. Die 90 Items werden einer neunstufigen Skala zugeordnet. Drei globale Kennwerte werden erfasst: die grundsätzliche Psychische Belastung (GSI), die Intensität der Antworten (GDI) und die Anzahl Symptome, die als Belastung erlebt werden (PGT).

Der Fragebogen **Psychischer und sozialkommunikativer Befund (PSKB;** Rudolf, 1993) wird als Fremdeinschätzungsverfahren als auch zur Selbsteinschätzung genutzt. In der Evaluation wird die subjektive Einschätzung zu psychischen Störungen hinsichtlich ihrer Symptomatik, dem Ich-Erleben, der sozialen Bewältigung sowie der Reaktion auf belastende Ereignisse erfasst. Die 95 Items sind neun klinischen Kategorien zugeordnet

Das **Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D;** Deutsche Version: Horowitz, Strauss & Kordy, 1994) ist ein etabliertes, schulen unabhängiges Verfahren zur Erfassung zwischenmenschlicher Probleme. Die Skalen des Fragebogens beschreiben die 8 Oktanten des interpersonalen Kreismodells von Leary (1957).

Der **Behandlungsfokus** aus Sicht der Therapierenden und der zu Behandelnden ist ein Verfahren, das sich an die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2, 2006) anlehnt und die Beurteilung einzelner Rubriken struktur- bzw. konfliktbezogener Foki er-

fasst. Als Foki gelten jene Merkmale des OPD-Befundes, welche eine Störung mitverursachen und aufrechterhalten. Sie zeigen, welche Thematik der Bearbeitung bedarf. Die Therapierenden beurteilen den Fokus auf Struktur und Konflikt, wie der Modus der Verarbeitung sein sollte und welche Punkte bezüglich der Krankheitsverarbeitung besonders beachtet werden sollen. Der Fragebogen für die Klientel bezieht sich in vereinfachter Sprache ebenfalls auf den Fokus für Struktur und Konflikt und fragt Beziehungsmuster ab.

Der **Fragebogen zur Therapeutischen Arbeitsbeziehung** (TAB; Rudolf, 1991) erfasst die Qualität der aktuellen therapeutischen Arbeitsbeziehung in standardisierter Form. Er umfasst für beide Parteien je 20 Items.

Der **Beeinträchtigungsbeschwerdescore** (BSS; Schepank, 1995) ist ein theorieunabhängiges Expertenrating, mit welchem die Beeinträchtigungen eines Menschen durch seine psychogene Erkrankung eingeschätzt wird und das auf den drei zentralen Dimensionen (1) körperliche Beeinträchtigung, (2) Beeinträchtigung im psychischen Bereich und (3) sozial-kommunikative Beeinträchtigung basiert.

Der **Clinical Global Index** (CGI; Guy, 1976) ist eine leicht einzusetzende Beurteilungsskala zu den Therapieeffekten aller Störungsbilder. Die erste Skala bezieht sich auf den Erkrankungsschweregrad. Die zweite Skala beurteilt die Effekte der Medikation.

Die **Global Assessment of Functioning** (GAF)-Skala entspricht der Achse-V des DSM-IV (Saas et al., 2001). Es wird das allgemeine Funktionsniveau in den psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsbereichen auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis psychischer Krankheit eingeschätzt.

Der **Fragebogen zur Einschätzung des Therapieerfolges** (Arbeitskreis Heidelberg) ist ein selbstkonzipierter Fragebogen, anhand dessen retrospektiv der subjektiv empfundene Therapieerfolg sowohl aus Sicht der Klientel als auch der Therapierenden erfasst wird.

### 9.3 Durchführung

Die Datenerhebung wurde durch die Autorin im Zeitraum zwischen September 2010 und April 2011 durchgeführt. War sie verhindert, wurde der Termin von Dr. Agarwalla, Forschungspsychologin der KPD Liestal, übernommen. Der erste Termin beinhaltete das Besprechen der Studie und die Unterzeichnung der Einverständniserklärung durch die Patientinnen (Anhang A), die Beantwortung des SKID-II Fragebogen sowie die Eintrittsfragebögen gemäss Tabelle 4. Der zweite Termin fand einen Tag später statt und beinhaltete das diagnostische Interview des SKID-II. Die beiden Termine dauerten je zwischen 45 Minuten und zwei Stunden. Die folgenden Termine umfassten die Fragebogenbeantwortung nach sechs respektive 12 Wochen sowie ein kurzes Gespräch zu den Empfindungen bezüglich der Therapiezufriedenheit der Patientinnen. Diese Termine dauerten zwischen 45 Minuten und eineinhalb Stunden.

## 9.4 Stichprobenberechnung

Für die Evaluation wurde eine Untersuchung der Klientel der ersten beiden 12-wöchigen Behandlungszyklen geplant. Da die Abteilung zwischen 15 und 17 Patienten/Patientinnen aufnehmen kann, ging man davon aus, dass ca. 30 Individuen in die Stichprobe eingeschlossen werden können, wobei dafür deren Einverständnis erforderlich war. Da es sich um eine fortlaufende Evaluation des neuen Behandlungsprogrammes handelt, wurde a priori keine Anzahl Behandlungsepisoden definiert. Soweit sich die Evaluation bewährt, soll diese fortlaufend weitergeführt werden, weshalb eine Poweranalyse entfallen ist.

## 9.5 Ethikantrag

Die geplante Evaluationsstudie wurde am 20.10.2010 von der Ethikkommission beider Basel definitiv bewilligt und kann auf Anfrage bei der Autorin eingesehen werden.

# 10 Ergebnisdarstellung

Aufgrund der kleinen Stichprobe von 11 Patientinnen, von denen vier frühzeitig die Therapie abbrachen, werden keine statistischen Tests zur Überprüfung der Hypothesen berechnet. Die folgenden Kapitel geben eine Übersicht über die Stichprobe (inklusive der jeweiligen Therapiedauer) und stellen die von den Patientinnen wie auch von den therapeutischen Fachpersonen eingeschätzten Werte der verschiedenen verwendeten Instrumentarien dar.

## 10.1 Stichprobenbeschreibung

Zur Übersicht werden die elf Patientinnen, deren Diagnosen von Seitens der Klinik und anhand der SKID-II-Interviews sowie Angaben zur Therapiedauer in der folgenden Tabelle dargestellt. Patientinnen, die sowohl eine Persönlichkeitsstörung als auch eine Suchterkrankung diagnostiziert bekamen, sind in der Tabelle grau hinterlegt.

Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung

	<b>Eintrittsdiagnosen der Klinik (ICD-10)</b>	<b>SKID-II</b>	<b>Austrittsdiagnosen der Klinik (ICD-10)</b>	<b>Drop out</b>
1	<b>BPS(F60.31), Schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1)</b>	Zwanghafte, depressive und BPS	<b>BPS(F60.31)</b> , vorwiegend Zwangshandlungen (F42.1), <b>Störungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, Gegenwärtig abstinent aber in beschützender Umgebung</b> (F10.21), Probleme mit Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit (Z56), Anorexia nervosa (F50.0)	Nein 15.9–22.12
2	<b>BPS (F60.31)</b>	Selbstunsichere, depressive und BPS	<b>BPS (F60.31), Störungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch</b> (F12.1), Probleme mit Bezug auf vermutete körperliche Misshandlung eines Kindes (Z61.6)	Ja 18.10–7.11
3	<b>BPS(F60.31)</b> , Status nach Mischintoxikationen, vorsätzlicher Selbstvergiftung (X61 12/09), Status nach Mischintoxikation mit diversen Benzodiazepinen und Chlorprothixen (11/09), Nikotinabusus (20PY)	BPS	<b>BPS (F60.31)</b>	Nein 13.10–11.01

4	<b>BPS (F60.31)</b>	Selbstunsichere, negativistische, BPS	<b>BPS (F60.31)</b> , Ereignisse, die den Verlust des Selbstwertgefühls in der Kindheit zur Folge haben (Z61.3)	Nein 18.10 – 04.02
5	<b>Abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7)</b> , Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) (F41.0), Probleme in der Beziehung zum Ehepartner oder Partner (Z63.0)	Depressive PS	<b>Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (F60.7)</b> , Probleme in der Beziehung zum Ehepartner oder Partner (Z63.0), Anamnestisch: Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; F41.0)	Nein 22.11 – 12.2
6	Soziale Phobien (F40.1), Störungen durch Cannabinoide/Abhängigkeitssyndrom (F12.2), <b>V.a. kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung (Persönlichkeitsentwicklungsstörung, F61)</b>	BPS	<b>Störung durch Cannabinoide/Abhängigkeitssyndrom/Gegenwärtig abstinente, aber in beschützender Umgebung (F12.21)</b> , Leichte depressive Episode (F32.0), Nicht näher bezeichnete Angststörung (F41.9), <b>Akzentuierung von Persönlichkeitszügen</b> (emotional-instabile Anteile; Z73.1)	Ja 23.11 – 14.12
7	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2), Status nach Suizidversuch mit 14 Jahren, <b>Status nach Alkohol- und Cannabisabusus</b>	Selbstunsichere und depressive PS	<b>Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren und depressiven Anteilen (F61.0)</b> , <b>Störungen durch Alkohol/Abhängigkeitssyndrom/Gegenwärtig abstinente (F10.20)</b> , Selbstschädigung in der Eigenanamnese (Z91.5) – Suizidversuch im Alter von 14 Jahren (Pulsadern eröffnet)	Ja 19.11 –07.1
8	<b>Störungen durch Cannabinoide/Abhängigkeitssyndrom/mit gegenwärtigem Substanzgebrauch (F12.24)</b> , Paranoide Schizophrenie (F20.0), <b>BPS (F60.31)</b>	Selbstunsichere, negativistische, depressive, paranoide, BPS	<b>Störung durch Cannabinoide/Abhängigkeitssyndrom/mit gegenwärtigem Substanzgebrauch (F12.24)</b> , <b>BPS(F60.31)</b> , <b>Störung durch Kokain / Abhängigkeitssyndrom / Gegenwärtig abstinente (F14.20)</b> , Institutioneller Aufenthalt und Erziehung (Z62.2), Missbrauch einer anderen psychotropen Substanz in der Familienanamnese (Z81.3)	Ja 11.12 – 29.12
9	Panikstörung, mittelgradig depressive Episode mit Sterbenswünschen	-	Neurasthenie (F48.0), Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; F41.0), Mittelgradige depressive Episode/mit somatischem Syndrom (F32.11)	Nein 8.12 – 24.3
10	Dissoziative Krampfanfälle (F44.5), Vor allem <b>BPS (F60.31)</b>	Dependente, negativistische, depressive, BPS und ASPS	<b>BPS (F60.31)</b> , <b>Störungen durch Alkohol /Abhängigkeitssyndrom/Gegenwärtig abstinente, aber in beschützender Umgebung (F10.21)</b> , Dissoziative Krampfanfälle mit psychogener und organischer Komponente (F44.5), Selbstbeschädigung in der Eigenanamnese (2002, 2006, 2008) (Z91.5)	Nein 10.1– 2.4
11	<b>Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung (F61)</b> , Anpassungsstörung/Längere depressive Reaktion (F43.21), <b>Störung durch Alkohol/Abhängigkeitssyndrom /Mit gegenwärtigem Substanzgebrauch (F10.24)</b>	-	<b>Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, histrionischen, abhängigen und dissozialen Anteilen (F61)</b> , <b>Störung durch Alkohol/Abhängigkeitssyndrom/Mit episodischem Substanzgebrauch (F10.26)</b> , Anpassungsstörung/Längere depressive Reaktion (F43.21), Verschwinden oder Tod eines Familienangehörigen (Z63.4), Selbstbeschädigung in der Eigenanamnese (2009; Z91.5)	Nein 7.12– 05.4

## 10.2 Darstellung der Ergebnisse der Werte zum Zeitpunkt Eintritt

Von der aus 11 Patientinnen bestehenden Stichprobe erhielten sieben Patientinnen sowohl eine Persönlichkeitsstörungs- als auch eine Suchtdiagnose. Nur drei dieser sieben Patientinnen durchliefen die gesamte Therapie. Zwei Patientinnen brachen die Therapie vor, zwei nach dem zweiten Messpunkt ab, so dass statistische Aussagen nicht zu treffen sind.

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die durch die Patientinnen eingeschätzten Werte zu Behandlungsbeginn (soweit nicht anders angegeben: N = 7). Es zeigen sich hohe Werte in den Dimensionen „Ängstlichkeit im Kontakt“, „Depressiv suizidale Stimmung“ sowie körpernahe Angst im PSKB. Allgemein liegen die Werte der ganzen Skale in der oberen Hälfte der Spannweite. Das Antwortverhalten der Patientinnen im SCL zeigt auf, dass diese sich in Bezug auf die Dimensionen „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“ und „Ängstlichkeit“ hoch einschätzen. Im IIP heben sich vor allem die Dimensionen „zu introvertiert/sozial vermeidend“, „zu selbstunsicher/unterwürfig“ und „zu fürsorglich/freundlich“ hervor. Die Angaben in Bezug auf die therapeutische Arbeitsbeziehung zeigen auf, dass die Patientinnen die Beziehung als tragend einschätzten.

Tabelle 6: Übersicht der Werte der Fragebögen für die Patientinnen bei Eintritt

	Dimensionen	Min.	Max.	Mittelwert	Standardabweichung
PSKB	Ängstlichkeit im Kontakt	45	88	71.57	17.01
	Somatisierung	46	79	62.43	10.55
	Depressiv suizidale Stimmung	42	89	69.57	17.22
	Körpernahe Angst	43	94	74.43	20.55
	Anspruchshaltung	50	88	65.71	12.50
	Zwanghaft überfürsorglich	43	69	54.14	9.39
	Werte	47	64	55.28	6.05
	Regressive Bindung	40	75	57.86	12.75
	Rücksichtsforderung	48	97	66.71	19.96
SCL	Somatisierung	.25	2.67	1.50	0.96
	Zwanghaftigkeit	.20	3.30	1.90	0.94
	Unsicherheit im Sozialkontakt	.11	3.56	1.83	1.41
	Depressivität	.23	3.46	1.96	1.15
	Ängstlichkeit	.20	3.40	2.16	1.25
	Aggressivität/Feindseligkeit	.00	2.83	1.24	0.99
	Phobische Angst	.00	3.29	1.73	1.39
	Paranoides Denken	.00	2.50	1.14	1.00
	Psychotizismus	.00	2.64	1.70	0.96
IIP	Zu autokratisch/dominant	1.13	3.38	1.95	0.84
	Zu streitsüchtig/konkurrierend	1.00	4.38	2.29	1.25
	Zu abweisend/kalt	1.00	3.38	2.25	0.90
	Zu introvertiert/sozial vermeidend	1.63	3.88	2.77	0.84
	Zu selbstunsicher/unterwürfig	1.75	4.63	3.02	0.96
	Zu ausnutzbar/nachgiebig	1.63	3.75	2.70	0.64
	Zu fürsorglich/freundlich	1.38	3.75	3.13	0.86
	Zu expressiv/aufdringlich	1.38	4.25	2.64	1.09
TAB	Messzeitpunkt 1 (n = 6)	1.45	3.65	3.04	0.81
	Messzeitpunkt 2 (n = 4)	2.95	4.00	3.53	0.46
	Messzeitpunkt 3 (n = 3)	3.40	3.65	3.53	0.13



Gegenüberstellend folgt eine Zusammenstellung der Werte aus den Fragebögen, die von den Therapeuten und Therapeutinnen beantwortet wurden. Die Angaben beziehen sich auf den Eintrittszeitpunkt und die Stichprobenauswahl der Patientinnen mit Doppeldiagnosen (n = 7). Es zeigt sich, dass die therapeutischen Bezugspersonen den psychischen und sozialkommunikativen Beeinträchtigungsgrad bei allen Patientinnen mindestens als leicht einstufen, während der körperliche Beeinträchtigungsgrad eher tief angesetzt ist. Die Angaben des GAFs zeigen auf, dass die Symptome der Patientinnen im Mittelwert als ernst eingeschätzt werden oder, dass sie in der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind. Im CGI zeigt sich ein Mittelwert von 5.86, was als schwerer Erkrankungsgrad bezeichnet wird. Abschliessend kann zu dem TAB gesagt werden, dass die Qualität der Beziehungen zu den Patientinnen als relativ hoch eingeschätzt worden ist.

Tabelle 7: Übersicht der Fragebogenwerte seitens der Therapierenden zum Eintrittszeitpunkt

	<b>Dimensionen</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Standardabweichung</b>
<b>BSS</b>	Körperlicher Beeinträchtigungsgrad	0	2	0.57	0.98
	Psychischer Beeinträchtigungsgrad	1	3	2.43	0.79
	Sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad	1	3	2.29	0.95
<b>GAF</b>	Eintrittsmessung	40	61	52.14	7.63
<b>CGI</b>	Schweregrad der Erkrankung	4	8	5.86	1.21
<b>TAB</b>	Summe aller drei Messzeitpunkte	42	71	60.14	10.95

Das Testverfahren des BSS erlaubt die Einschätzung, ob eine Störung leicht, deutlich, ausgeprägt oder ausserordentlich schwer ist. Folgende Tabelle stellt die Einschätzung der Eingangswerte der sieben Patientinnen durch die Therapeuten und Therapeutinnen dar, wobei auffällt, dass nur die Störungsbilder zweier Patientinnen, also 28.6% der Stichprobe, als leicht eingeschätzt, während die Störungsbilder der anderen fünf Frauen, also 71.4%, als deutliche, ausgeprägte bis sogar ausserordentlich schwere Erkrankung eingeteilt wurden.

Tabelle 8: Detaillierte Darstellung der Störungsgrade bei Eintritt

<b>BSS Messzeitpunkt Eintritt</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Anzahl Dropouts</b>
Leichte Störung	2	28.6	1
Deutliche Störung	1	14.3	0
Ausgeprägte Erkrankung	3	42.9	2
Ausserordentlich schwere Erkrankung	1	14.3	1

## 11 Interviews mit Experten und Expertin

Folgende Kapitel widmen sich der Herleitung, Beschreibung und Auswertung der Interviews mit drei Experten und einer Expertin zu förderlichen und hinderlichen bzw. erschwernenden Faktoren in der Therapie von Menschen mit Doppeldiagnosen.

### 11.1 Leitende Fragestellungen

Aufgrund der Unterbelegung der Abteilung A5 sowie häufiger Therapieabbrüche ergaben sich die beiden folgenden leitenden Fragestellungen:

- Was ist förderlich in der Therapie der Patienten und Patientinnen mit DD?
- Was ist hinderlich in der Therapie der Patienten und Patientinnen mit DD?

### 11.2 Auswahl

Der Fokus dieser Arbeit liegt bei Menschen, die unter einer Persönlichkeitsstörung und einer Suchterkrankung leiden. Aufgrund der Theorie, die integratives Arbeiten empfiehlt, sollten Fachpersonen unterschiedlicher Institutionen interviewt werden, die mit dieser Klientel arbeiten. Frau Ziegler wurde aufgrund ihrer leitenden Funktion der Abteilung A5 ausgewählt. Im Gespräch mit ihr kann somit auch auf Punkte eingegangen werden, die der Autorin während der Evaluation auf der Abteilung aufgefallen sind. Herr Sollberger ist ebenfalls im psychiatrischen Kontext tätig, wodurch Vergleiche zwischen den beiden Institutionen möglich werden. Herr Keller arbeitet im Suchtbereich und kann so einen anderen Blickwinkel in die qualitative Arbeit einbringen. Herr Berthel stellte sich freundlicherweise spontan für einen Interviewvorlauf zur Verfügung. Da er ebenfalls im Suchtbereich tätig ist, werden seine Aussagen in die Auswertungen und Diskussionen miteinfließen.

### 11.3 Experten und Expertin sowie deren Institutionen

**Expertin Nr. 1: Susann Ziegler** ist leitende Psychologin der KPD Liestal und leitende Psychologin der zu evaluierenden Abteilung A5.

**Experte Nr. 2: Daniel Sollberger** ist ärztlicher Leiter der psychotherapeutischen Abteilungen der Universitären Psychiatrischen Klinik (UPK) Basel, welche sich in vier Bereiche gliedert: Stationäre Abteilung (PTA), Tagesklinik (PTK), Sprechstunde Indikationsstellung (SPIS) sowie Verhaltenstherapieambulanz. Die PTA behandelt Störungsbilder der Bereiche Persönlichkeit, Essen, Angst, Zwang und Depression.

**Experte Nr. 3: Bruno Keller** ist psychologischer Leiter der Institution Start Again Zürich, die sich auf Langzeittherapie für Menschen mit Suchterkrankungen spezialisiert hat.

**Experte Nr. 4: Toni Berthel** ist der stellvertretende ärztliche Direktor der Integrierten Psychiatrie Winterthur (IPW), Bereichsleiter von „Adoleszenz und Sucht“, Co-Hauptabteilungsleiter der Prävention und Suchthilfe des Sozialdepartements der Stadt Winterthur.

## 11.4 Durchführung

Die Interviews wurden anhand eines halbstrukturierten offenen Leitfadens geführt. Die Fragen basieren auf der erarbeiteten Literatur und den Erfahrungswerten aus der Evaluation. Der Leitfaden wurde in einem Pre-Test mit einer befreundeten Person durchgeführt und im Anschluss bezüglich der Verständlichkeit überarbeitet. Der zweite Vorlauf erfolgte mit Experte Nr. 4. Dabei zeigte sich, dass der Leitfaden den zeitlichen Vorgaben (eine Stunde) gut entsprach und verständlich war. Die kleinen Anpassungen betrafen eine Einleitungsergänzung zur Definition der Substanzabhängigkeiten, die auf der Abteilung A5 „akzeptiert“ sind, sowie eine Umstrukturierung in der Abfolge bzw. Obligatheit der Fragen (definitiver Leitfaden in Anhang C). Wichtige Informationen dieses Experten zu der Thematik von Doppeldiagnosen können somit in die Auswertung integriert werden. Angaben zur Behandlung der Klientel in Substitutionssprogrammen werden in der Auswertung nicht berücksichtigt. Für Frau S. Ziegler, leitende Psychologin der Abteilung A5, wurde der Interviewleitfaden mit spezifischen Fragen zur Arbeit auf der Abteilung ergänzt (Anhang B)

Die Interviews wurden im März 2010 in den Räumlichkeiten des jeweiligen Experten bzw. der Expertin durchgeführt und dauerten zwischen 55 Minuten und eineinhalb Stunden.

## 11.5 Auswertung

Die Interviews wurden vollständig transkribiert, ins Schriftdeutsche übersetzt und in der Folge geglättet. Die Originale können auf Anfrage bei der Verfasserin eingesehen werden. Diese Art der Transkription eignet sich nach Mayring (2002), wenn die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht. Nach Mayring (2008) wurde für diese Arbeit die Technik der qualitativen, strukturierenden Inhaltsanalyse gewählt, anhand derer bestimmte Inhalte, Themen und Aspekte aus dem Material zusammengefasst und heraus gefiltert werden. Der Interviewleitfaden wurde basierend auf Vorinformationen über den Untersuchungsgegenstand konstruiert (siehe Kapitel 11.4) und dient dementsprechend auch als Grundgerüst für das Kategoriensystem (Kuckartz, 2007). Anhand des Untersuchungsmaterials werden die Kategorien induktiv ausdifferenziert und präzisiert. Die Strukturierung des Kategoriensystems basiert auf den vier, in Kapitel 6.3 präsentierten Schlüsselkomponenten der integrierten Therapie. Das Kategoriensystem wurde dupliziert und einmal für „Förderfaktoren“ sowie einmal für „Hinderliche, bzw. erschwerende Faktoren“ ergänzt. Die Interviews wurden in einem ersten Durchgang auf diese Kategorien geprüft (Anhang D). In der Folge wurde das Kategoriensystem durch weitere Unterkategorien ergänzt, überflüssige Kategorien entfernt (Anhang E). Das definitive Kategoriensystem, mit Beschreibungen und Ankerbeispielen, kann im Anhang F eingesehen werden.

## 12 Ergebnisdarstellung

Im Folgenden werden die Interviews dargestellt. Mit Blick auf die Fragestellungen (siehe Kapitel 10.1) wurden die Interviews in die Kategorien Deskriptives, Förderliche Faktoren in der Therapie sowie Schwierigkeiten bzw. hinderliche Faktoren der Therapie unterteilt.

### 12.1 Deskriptive Darstellung

Tabelle 10: Deskriptive Ausführungen anhand der Experten- und Expertinneninterviews

	<b>Beschreibung der Klientel</b>	<b>Auffälliges bezüglich der Diagnostik</b>	<b>Theoretische Orientierung</b>	<b>Ausrichtung bezüglich Abstinenz</b>
<b>Susann Ziegler, KPD Liestal</b>	Klientel mit Leidensdruck, ich-dystonem Krankheitserleben, Veränderungsinteresse sowie Klientel mit Leidensdruck, Wunsch nach Schicksalsänderung, wenig innere Selbstkritik. Verbal alle gut motiviert	Mässige Struktur Doppeldiagnosen als veraltetes Konzept, häufig Menschen mit 7-fach-Diagnosen	Psychodynamisch	Wird vorausgesetzt, vorgängige Entzugsbehandlung
<b>Daniel Sollberger, UPK Basel</b>	Oftmals fremdmotiviert, teilweise auch in Therapie aufgrund strafrechtlicher Massnahmen. Vermehrt Menschen mit desolaten Zuständen in mehreren Bereichen. Selbstreflexive Kapazitäten	Häufigste Persönlichkeitsstörung bei Patientinnen: Borderline – darunter kaum jemand ohne Suchtverhalten. Häufigste Persönlichkeitsstörung bei Patienten: externalisierende Formen der emotional instabilen Persönlichkeit, mit dissozialen Verhaltensweisen im Vordergrund.	Psychodynamisch	Wird vorausgesetzt, vorgängige Entzugsbehandlung
<b>Bruno Keller, Start Again Zürich</b>	Häufig langjährig Konsumierende harter Drogen wie auch Beikonsum von Cannabis, Alkohol, Medikamenten. Eintritt in eine stationäre Therapie häufig erst nach erfolglosen ambulanten Versuchen und aufgrund externen Drucks. Im Vergleich zu Früher besser integriert. Strafrechtliche Massnahmen.	Komorbide Erkrankungen sind die Regel, am häufigsten Narzisstische, weiter Antisoziale und Borderline Persönlichkeitsstörungen, Depressionen resp. depressive Züge, Angst- und Zwangsstörungen	Tiefensystemische Gruppentherapie	Wird vorausgesetzt
<b>Toni Berthel, IPW Winterthur</b>	Substitutionseinrichtung: Methadonklientel. Spezial-einrichtung für Kokain-, Cannabis- und substanzungebundene Suchterkrankte, Menschen, die sich bezüglich ADHD sowie ihres Alkoholkonsums beraten lassen.	Ca. 40% der 220 Menschen im Substitutionsbereich leiden unter einer komorbiden psychiatrischen Erkrankung: Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörung und ADHD. Häufig komorbide Borderline, Narzisstische, Paranoide und Histrionische Persönlichkeitsstörungen bei Opiat- und Kokainabhängigkeit. Strukturell auf Borderline-Persönlichkeitsorganisationsniveau.	Eklektisch	Abstinenz ist nicht Hauptziel sondern regelmässige und andauernde Teilnahme an der Behandlung.

## 12.2 Förderliche Faktoren

Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit den Aussagen der Fachpersonen zu förderlichen Faktoren in der Therapie von Menschen, die sowohl an einer Persönlichkeitsstörung als auch einer Suchterkrankung leiden. Die Kategorien entsprechen in den ersten vier Punkten den Schlüsselkomponenten der integrierten Therapie (Kapitel 6), die letzten zwei Punkte ergaben sich anhand des vorhandenen Textmaterials der Interviews.

### 12.2.1 Organisation: Stellenmanagement und Behandlungsorientierung

Tabelle 11: Übersicht Förderfaktoren: Kategorie Organisation

<b>Organisation: Stellenmanagement und Behandlungsorientierung</b>	
<b>Personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervision</li> <li>• Austausch</li> <li>• Aufgabenverteilung</li> <li>• Intervision, Coaching und Teaching</li> <li>• Einbezug der Pflegemitarbeitenden in therapeutische Prozesse</li> <li>• Mit Herzblut dabei sein</li> </ul>
<b>Theoretische Orientierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychodynamische Hauptausrichtung mit verhaltenstherapeutische Module</li> <li>• Zweistufige theoretische Orientierung</li> <li>• Psychodynamische Orientierung für Verständnis und Fokussierung</li> <li>• Psychodynamische Orientierung zur Beziehungsbearbeitung</li> <li>• Verhaltenstherapeutische Module für therapeutischen Einbezug der Pflegemitarbeitenden</li> <li>• Verhaltenstherapeutische Module zur Bearbeitung der Süchtigkeit</li> <li>• Etablierung einer Therapieform als Grundorientierung</li> <li>• Der Mensch steht im Mittelpunkt</li> <li>• Gruppe als therapeutisches Mittel</li> </ul>
<b>Rahmenbedingungen der Therapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feste Therapievereinbarungen</li> <li>• Langzeitausrichtung</li> <li>• Flexibilität bezüglich Therapiedauer</li> <li>• Individuelles Eingehen auf die Bedürfnisse</li> <li>• Verständnisförderung innerhalb der Gruppe</li> <li>• Diskussion über Flexibilität und Rigidität informiert über individuellen derzeitigen Standort eines Patienten/einer Patientin</li> </ul>

#### Personal

Supervisionen in unterschiedlichen Varianten (Team-, Einzel-, Fall-) werden von allen Fachpersonen als wichtiges Element zur Stärkung der Mitarbeitenden gesehen.

„ (...) die (Einzelsupervision, Anm. d. Verf.) finde ich ganz wichtig, weil eigentlich kommen dort dann auch, sagen wir die schwierigeren, nicht so schönen Gefühle (...) dann können wir zusammen schauen, wie kann man damit konstruktiv umgehen (...)“ (Ex.1, S.11).

Alle Fachpersonen heben einen intensiven Austausch im Team hervor, wodurch Spaltungsphänomene besser erkannt und zusammengeführt werden können. Ein Experte sieht in Subteambesprechungen eine Variante, den Druck auf eine therapeutische Person zu senken, indem dieser auf mehrere Schultern verteilt wird. Ein anderer Experte betont diesbezüglich die Wichtigkeit der Aufgabenverteilung. Ein Experte merkt an, dass durch den intensiven

Austausch im Team kaum Unstimmigkeiten aufkommen. Interventionsgruppen, Coaching und Teaching werden von einem Experten als weitere förderliche Faktoren genannt.

Der Einbezug von Mitarbeitenden der Pflege in verhaltenstherapeutische Module wie Skillsgruppe, Achtsamkeits- oder soziales Kompetenztraining werden von einem Experten und einer Expertin als förderlich gesehen. Die Pflegemitarbeitenden können durch diese Aufgaben ihre therapeutische Sensibilität steigern, was sich positiv auf deren Arbeitsmotivation auswirkt und zudem einer Bereicherung für das Klientel darstellen könne.

Ein Experte betont den positiven Einfluss von Mitarbeitenden, die ihren Job mit Herzblut ausüben, auf die Entscheidung der Klientel, die einen Therapieabbruch in Betracht zieht.

### **Theoretische Orientierung**

Zwei Fachpersonen sehen Vorteile in der psychodynamischen Ausrichtung, die durch verhaltenstherapeutische Module ergänzt wird. Laut einem Experten dient die psychodynamische Ausrichtung der Verständniskerngewinnung von Konflikten und Persönlichkeitsstrukturen eines Individuums, die zur Setzung des Fokus in der Therapie wichtig sind.

*„(...) ich sehe den Vorteil unserer Ausrichtung in einer, ich meine, ganz sinnvollen Kombination von psychodynamischen Beziehungs- und Beziehungsaufnahme und Beziehungsdeutung (...) und gleichzeitig aber auch die Möglichkeit, die Verhaltensebene auf eine ganz kognitive Art mit einzubeziehen, was manchmal für Patienten handlungsmässig näher liegt als immer nur so emotional oder in der Beziehung zu reflektieren“ (Ex.1, S. 7)*

Ein Experte empfiehlt ein zweistufiges Modell der theoretischen Ausrichtung, wobei im ersten verhaltenstherapeutischen Teil die Stabilisation im Vordergrund steht, während sich der psychodynamische Teil vermehrt der Beziehungsbearbeitung widmet.

*„(...) vielleicht zunächst solche verhaltenstherapeutische Interventionen wirksam sind, um vorzubereite, auf eine vertiefte oder andere Form von verstehensorientierter Therapie, wo die Beziehung im Zentrum steht“ (Ex. 2, S.11).*

Den Vorteil des Angebotes von verhaltenstherapeutischen Modulen sehen ein Experte und eine Expertin auch darin, dass diese von Mitarbeitenden der Pflege geleitet werden können. Verhaltenstherapeutische Module werden in der Bearbeitung der Süchtigkeit von einem zwei Fachpersonen als hilfreich, von einem weiteren Experten als unerlässlich angesehen. Zwei Experten sprechen in diesem Zusammenhang über das Schreiben von Verhaltensanalysen, ein Experte betont die Wichtigkeit minutiöser Freizeitplanung mit der Klientel, die allfälligen Rückfällen entgegenwirken soll.

Zwei Experten finden es zentral, dass sich eine Therapieform in der Klinik etabliert, in der die Mitarbeitenden ausgebildet sind, so dass sich eine gemeinsame Haltung entwickeln kann. Ein Experte erklärt, dass die Mitarbeitenden unterschiedliche Ausbildungen haben, sich jedoch in der Grundorientierung der Institution einig sind. Er sieht nicht die Technik als zentrales Element, sondern dass die Klientel als Menschen ernst genommen werden:

*„(...) dass sie gleichwertig behandelt werden, dass sie merken, wir mögen sie gut, wir haben sie gerne und wir engagieren uns, also auch persönlich (...)“ (Ex. 3, S. 10)*

Ein Experte arbeitet grundsätzlich mit der Gruppe. Diese steht im Vordergrund und zählt mehr als das Einzelgespräch. Wenn man die Gruppenzusammenstellung gut beachtet, z.B. nicht zur gleichen Zeit mehrere Menschen mit dissozialen Verhaltensweisen integriert, kommt der Gruppe in Bezug auf die Remission jedes einzelnen teilnehmenden Individuums ein wichtiger Stellenwert zu. So ist in dieser Therapie die gegenseitige Verständnis- und Mitgefühlförderung zentral. Wenn die Klienten und die Klientinnen sich gegenseitig mittragen und verstehen können, wird auch verständlich, warum bei jemandem gewisse Massnahmen sinnvoll sind, die bei jemand anderem gerade kontraproduktiv sein können.

### **Rahmenbedingungen der Therapie**

Feste Therapievereinbarungen bezüglich der Therapiedauer werden von zwei Fachpersonen als zentral angesehen, wobei die Expertin die Dauer dabei eher zweitrangig, die Begrenzung der Bodenlosigkeit als primär bezeichnet. Die Institution der Expertin bietet nebst der regulären 12-wöchigen Therapie auch die Möglichkeit eines fünfwöchigen Aufenthaltes an, wobei davon vor allem Menschen profitieren können, die aufgrund eines Anstellungsverhältnisses oder familiärer Verpflichtungen nicht zu lange vom Alltag fern bleiben können. Die Expertin erwartet jedoch mit der kürzeren Variante nicht die gleichen Resultate, die bei der 12-wöchigen Therapie angestrebt werden.

*„Aber das muss man dann halt als good enough anwenden, dies kann nicht das gleich Intensive sein und wo sicher das Erarbeiten von etwas in fünf Wochen so viel mal weniger möglich ist als in 12 Wochen, das muss man klar sehen“ (Ex.1, S. 11)*

Die bisherigen Erfahrungen mit den beiden bereits im Vorgespräch angebotenen Varianten zeigen, dass sich die Patienten und Patientinnen häufig für die kürzere Variante entscheiden, nach den ersten drei Therapiewochen und der damit erreichten Frist zur definitiven Entscheidung jedoch den längeren Aufenthalt wünschen.

*„Es ist wie vorauszusehen, ich lasse mich für 12 Wochen auf etwas ein, ist für viele Menschen ein unerträglicher Gedanke. Gerade wenn sie vielleicht schon drei Wochen vorher in der Akut waren und dann sagen, also nein, fünf Wochen, das reicht. Und dann merken sie, oh, da ist ja noch Einiges, und entscheiden sich dann für 12 Wochen“ (Ex. 1, S. 11).*

Ein Experte sieht die Langzeitausrichtung der Therapie als unerlässlich an, wobei er im ersten Teil einen intensiven therapeutischen Prozess, im zweiten reintegrative Prozesse ins Zentrum rückt.

*„Wir sind nach wie vor der Überzeugung, dass, wenn man so lange Drogen konsumiert hat, es dann Zeit braucht (...)“ (Ex.3, S. 2). „Nicht nur einfach am Anfang, dass er mal stabil ist, sondern wirklich von A – Z. Zuerst die Süchtigkeit behandelt, das Verständnis entwickelt mit den Klienten zusammen, wie sie überhaupt so geworden sind (...) und das soziale Umfeld neu aufbaut oder anpasst und die berufliche Integration an die Hand nimmt“ (Ex. 3, S. 2 – 3).*

Vor allem zu Beginn der Behandlung sieht ein Experte fixe und tragende Grundlagen als unerlässlich. Ein Experte sieht im haltenden Rahmen der Abteilung die Möglichkeit, dass die Klientel die Erfahrung machen kann, mit festen Strukturen und auch damit verbundenen Einschränkungen zu Recht zu kommen. Im späteren Therapieverlauf stehen laut einem Experten individuelle Therapiefahrpläne im Vordergrund. Diese werden in seiner Institution an Fallkonferenzen besprochen, an welchen auch der betroffene Klient/die betroffene Klientin teilnimmt. Er sieht aufgrund der immer komplexer werdenden Krankheitsbilder die individuelle Betrachtung und Behandlung als zentral an. Das flexible Eingehen auf die Bedürfnisse der Klientel wird von allen Fachpersonen als wichtig erachtet, besonders da die Forschung zeigt, dass sich nicht alle Menschen für die gleichen Therapieinterventionen eignen. Unterschiedliche Rahmenbedingungen sind laut einer Expertin notwendig, um jemandem den schützenden Rahmen zu bieten, innerhalb dessen er/sie die Abstinenz erhalten kann, der aber von einer anderen Person nicht unbedingt benötigt wird.

*„(...) dass alle möglichst so behandelt werden, wie es für ihren Therapieprozess und auch für sie hilfreich ist“ (Ex.2, S. 9)*

*„Ich möchte, dass die Patienten das Gefühl haben, es wird individuell auf sie eingegangen“ (Ex.1, S. 6).*

Da die Patienten- und Patientinnen- bzw. Klienten- und Klientinnengruppe laut allen Experten und der Expertin Anspruch auf Fairness und Gleichberechtigung hat, ist es laut einem Experten hilfreich, wenn das gegenseitige Verständnis innerhalb der Gruppe gefördert wird. Er sieht dafür das Schreiben und anschließende Vorstellen in der Runde von rekonstruktiven Arbeiten (Biographie-, Sucht- oder Deliktarbeit) als geeignetes Instrument an.

*„(...) das fördert dann natürlich das Verständnis dafür, was jemand braucht und was jemand genau für Schwierigkeiten hat und wo er eben auch daran arbeiten muss. Und da unterstützen sie sich in der Regel schon recht, also, dass man auf das eingeht, was jemand mitbringt“ (Ex. 3, S. 8).*



Im Kontext von Flexibilität und Rigidität kann man laut einem Experten mit verhaltenstherapeutischen Elementen, z.B. der positiven Verstärkung, arbeiten. Wichtig ist ihm zufolge, dass Flexibilität dadurch entstehen kann, dass man sich im Team nicht mehr mit etwas konfrontieren mag oder Angst hat, dass, wenn man zu rigide ist, die Therapie frühzeitig abgebrochen werden könnte. Gerade anhand dieser Diskussionen im Team kann man aber erkennen, wo ein Mensch steht und wie man das therapeutisch bearbeiten kann.

## 12.2.2 Praxis des Managements: Implementierung klinischer Leitlinien

Tabelle 12: Übersicht Förderfaktoren: Kategorie Praxis des Managements

Praxis des Managements: Implementierung klinischer Leitlinien	
Implementierung klinischer Leitlinien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doppelfokus auf Sucht- und Persönlichkeitserkrankung</li> <li>• Eigendynamik der Sucht beachten</li> <li>• Geeignete Instrumente für Psychiatrien</li> <li>• Zuteilung nach im Vordergrund stehender Erkrankung</li> </ul>
Case-Management	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapeutische und pflegerische Bezugspersonen</li> <li>• Bezugsperson übergreifend in stationärem und ambulantes Setting</li> </ul>
Therapeutische Arbeitsbeziehung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verständnis für Krankheitsentwicklung zeigen</li> <li>• Vertrauensbasis erarbeiten</li> <li>• Anerkennen des Leides des Gegenübers</li> <li>• Über-Ich-Entlastung</li> <li>• Genaue Überwachung von Übertragungs- und Spaltungsphänomenen</li> <li>• Echte Beziehungsangebote machen</li> <li>• Therapie der Persönlichkeitsstörung über Beziehung</li> <li>• Unterstützende Massnahmen für abstinentes Leben anbieten</li> </ul>

### **Implementierung klinischer Leitlinien**

Eine Therapie mit Doppelfokus auf beide Erkrankungen wird von der Expertin als unerlässlich gesehen, wobei die von einer Suchterkrankung betroffene Klientel, unabhängig vom derzeitigen diesbezüglichen Status, die Suchtgruppe besuchen muss.

*„Wenn jetzt jemand kommt mit einer Suchtanamnese, auch wenn er sagt, er sei jetzt trocken, forcieren wir ihn in die Suchtgruppe, und sonst organisieren wir einen Blaukreuzkontakt. Wir haben jetzt z.B. eine Patientin vom B3, die seit dreieinhalb Jahren clean ist mit Subotex, und das ist jetzt ganz klar Suchtgruppe für sie. Die muss sich mit diesem Thema, auch wenn sie jetzt clean ist, auseinandersetzen“ (Ex.1, S.5)*

Steht eine Suchterkrankung, die bereits eine Eigendynamik entwickelt hat, im Vordergrund, so ist es laut einem Experten von zunehmender Bedeutung, diese zu beachten. Die Behandlung kann auf psychiatrischen Stationen erfolgen, dann müssen jedoch geeignete Instrumente für den Umgang mit dem Suchtverhalten sowie potentieller Rückfälle verfügbar sein. Ein Experte empfiehlt bei im Vordergrund stehender Suchterkrankung die Zuweisung in einer Suchthilfeeinrichtung. Bei im Vordergrund stehender Persönlichkeitsstörung sieht es dieser Experte nicht als hilfreich an, neue Verhaltensweisen bezüglich der Suchterkrankung zu trainieren, bevor nicht die dahinter liegende Probleme thematisiert worden sind.

### **Case-Management**

Zwei Fachpersonen beschreiben, dass jeder Patient/jede Patientin sowohl eine therapeutische Fachperson als auch eine Bezugsperson der Pflege sowie eine jeweilige Stellvertretung zugeteilt hat. Der Experte ist es in diesem Kontext wichtig, dass nicht andere therapeutische Personen für ein Gespräch einspringen, wenn die Bezugsperson abwesend ist, sondern die Patienten und Patientinnen ihre fixen Bezugspersonen haben. Ein Experte sieht es als ideale Lösung, wenn eine Bezugsperson des stationären Bereiches nach Austritt im ambulanten Verhältnis weiterhin zur Verfügung stehen könnte.

### **Therapeutische Arbeitsbeziehung**

Zwei Fachpersonen beschreiben die Klientel in einem Punkt so, dass sie die eigenen Krankheiten als ich-synton erleben. Der Experte betont, dass es daher in der Beziehung wichtig ist, nicht nur die der Klientel häufig bekannte Ablehnung zu spiegeln, sondern auch Verständnis für die Herkunft der Schwierigkeiten zu zeigen und das Gegenüber in seinem Leid zu erkennen. Alle Fachpersonen schreiben der Beziehung einen zentralen Stellenwert zu. Sie soll für alles Platz bieten, ungute Gefühle eingeschlossen. Ein Experte sieht eine Vertrauensbasis zwischen zu behandelnder und behandelnder Person als unerlässlich an. Dadurch kann die Klientel den Mut aufbringen, von allfälligen Rückfällen zu berichten, im Wissen, dass sie deshalb nicht verstossen wird. Ein Experte sieht, dass die Patientinnen und Patienten häufig von einem Extrem ins andere fallen, und empfiehlt deshalb den therapeutischen Fachpersonen, nicht ins gleiche Horn zu blasen, sondern ein realistischeres Bild zu vermitteln versuchen. Er empfiehlt eine Über-Ich-Entlastung anzubieten, indem man einen möglichen Rückfall vorwegnimmt und bei dessen Eintreten Entlastung anbietet.

*„Und dann ist so viel Motivation und Enthusiasmus da und dann kommt der Moment, wo es eben nicht hinhaut, Trinkrückfall, Konsumrückfall und dann kommen tiefste Selbstwürfe oder Selbstbezeichnungen, das so ein Auf und Ab gibt (...)" (Ex. 2, S. 6).*

Übertragungsphänomene bedürfen laut allen Fachpersonen einer genauen Überwachung und Thematisierung, so dass das Therapieverhältnis nicht aus der Balance gerate. Laut einem Experten haben Menschen, die an einer Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, häufig schon genügend unechte Beziehungsangebote erhalten weshalb er echte Beziehungsangebote als förderliches Element beschreibt.

Durch den Hintergrund der Objektbeziehungstheorie des Kernbergschen Modells können laut einem Experten Spaltungen schneller erkannt und somit besser gehandhabt werden.

*„Wenn das gelingt und wir die Konfliktfelder immer wieder ansprechen können, dann steigt die Spannung an einem Ort und dann passiert etwas. Und wenn es uns gelingt, die*

*Spannung immer wieder zu neutralisieren, durch irgendeine vernünftige Intervention und nicht nur durch Betäubung, dann verändert sich eben etwas „ (Ex. 4, S. 6).*

Ein Experte betont, dass der Erhalt unterstützender Massnahmen für suchterkrankte Menschen zentral ist, damit sie ihre Problematik ernst nehmen und den Mut zur Abstinenz und einem neuen Leben aufbringen können. Ein Experte aus dem Bereich der Suchttherapie beschreibt, dass in seiner Institution nicht eine spezifische Therapie für Persönlichkeitsstörungen angeboten wird, sondern diese über die Beziehung zwischen Therapeut/Therapeutin und Patient/Patientin bearbeitet wird, wobei der Beziehungserhalt als oberstes Ziel gilt.

*„(...) so haben wir auch eine Persönlichkeitsstörungsbehandlung, aber nicht im Sinn von Programm, sondern im Sinn von einer Haltung im System“ (Ex. 4, S. 6).*

### 12.2.3 Service: Assessment und Diagnosestellung

Tabelle 13: Übersicht Förderfaktoren: Kategorie Service

<b>Service: Assessment und Diagnosestellung</b>	
<b>Therapiemodule</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meditation zur Bearbeitung der Süchtigkeit</li> <li>• Psychoedukation zur kognitiven Aufklärung</li> <li>• Psychoedukation als Mittel zur Verhinderung von Machtkämpfen</li> </ul>
<b>Motivationsarbeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivation wird vorausgesetzt</li> <li>• Motivationsarbeit über Beziehung</li> <li>• Motivationale Gesprächsführung</li> <li>• Präzise Abklärung der Eingangsmotivation</li> <li>• Bewerbungshürden zur Motivationsförderung</li> <li>• Time-Outs zur Motivationsüberprüfung nach Rückfällen</li> <li>• Klienten- und Klientinnengruppe als motivationaler Faktor in der Therapie</li> </ul>
<b>Angehörigenarbeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systemische Interventionen</li> <li>• Angehörigenarbeit mit „realen Angehörigen vor Ort“</li> <li>• Angehörigenarbeit im Sinne von Sprechen über die Angehörigen</li> <li>• Wichtige externe soziale Beziehungen</li> <li>• Liebesbeziehungen als Förderfaktor</li> <li>• Peer-Gruppe als überlebenswichtiger Faktor für Jugendliche</li> </ul>
<b>Rehabilitation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umsichtige Austrittsplanung</li> <li>• Anschluss an Suchtgruppe</li> <li>• Vermehrte Beachtung rehabilitativer Ansätze (Reintegration in die Arbeitswelt)</li> <li>• Gestufte Übergänge anbieten</li> </ul>
<b>Diagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anstreben von „sauberen Diagnosen“</li> <li>• Beachten von überschneidenden Diagnosekriterien</li> <li>• Persönlichkeitsstörungen erst nach abgeschlossener Identitätsbildung diagnostizieren</li> <li>• Sucht im Jugendalter als Durchgangssyndrom</li> </ul>
<b>Medikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Als unterstützendes Element</li> </ul>

#### Therapiemodule

Ein Experte empfiehlt die Anwendung der Vispassana-Meditationsform, die in einer Dissertation als wirksames Element zur Bearbeitung der Süchtigkeit beschrieben wird. Die Aufmerksamkeit liegt auf dem Atem und den Empfindungen, wodurch suchterkrankte Menschen erfahren, dass Verlangen und Aversionen kommen, aber auch wieder gehen. Häufig würden Menschen mit der Einnahme von Substanzen versuchen, einen unange-

nehmen Zustand sofort zu verändern. Wenn sie aber erfahren, dass unangenehme Empfindungen von alleine verschwinden, sei dies bezüglich der Abstinenzhaltung förderlich.

*„(...) man arbeitet nicht mit (...) Mandalas, man arbeitet nicht darauf hin, den Zustand oder etwas zu beeinflussen, sondern einfach mit dem umzugehen, was ist“ (Ex. 3, S.7)*

Psychoedukation wird von einem Experten besonders hervorgehoben. Er sieht deren Vorteil einerseits im kognitiven Bereich, wo man auf die Konsequenzen des Verhaltens aufmerksam machen und die Gefährlichkeit des Handelns betonen kann. Andererseits eignen sich psychoedukative Elemente ihm zufolge auch für die Beziehungsgestaltung zwischen der therapeutischen und der therapierten Person, indem sie ein drittes, kognitives Element darstellen. Dadurch können die Patienten und Patientinnen erfahren, dass man ihnen nicht etwas wegnehmen möchte, womit sich eine Auflehnung lohnen würde, sondern es wird die Sorge um ein Individuum spürbar. Dies kann helfen Machtkämpfe zu verhindern.

### **Motivationsarbeit**

Die Expertin erwartet eine Grundmotivation der Klientel und sieht die Motivationsförderung nicht als Hauptauftrag der Mitarbeitenden an. Grundsätzlich würde Motivationsarbeit über die Beziehung laufen, also hinhören, weshalb jemand nicht mehr mag, und auf das eingehen, das zu verstehen versuchen. Ein Experte äussert, dass in seiner Institution Motivationsarbeit ebenfalls über die Beziehung läuft, wobei die Mitarbeitenden zusätzlich in motivationaler Gesprächsführung ausgebildet sind. Er weist darauf hin, dass Motivationsforschung in der Regel mit Menschen gemacht werde, die über Veränderungsmotivation verfügen, weshalb nicht von einer überlegenen Methode gesprochen werden könne.

Die Expertin und zwei Experten sehen die Abklärung der Eigenmotivation von Patienten und Patientinnen resp. Klienten und Klientinnen bereits vor dem Eintritt als wichtigen Faktor an. Ein Experte führt aus, dass für diese Abklärung unbedingt genügend Zeit einberechnet werden muss, so dass auch für den Patient/die Patientin ein gedanklicher Prozess entstehen kann, aufgrund dessen die Entscheidung für eine Therapie mehr Gewicht erhält.

*„(...) so dass wir sagen, es braucht eine gutes Stück Eigenmotivation, da die Arbeit, die dann stattfindet, immer krisenhaft verläuft“ (Ex. 2, S. 2).*

Ein Experte führt aus, dass in seiner Institution einige Bewerbungshürden zu nehmen sind, u.a. ein Vorstellungsgespräch und ein Schnupperbesuch, was die intrinsische Motivation eines eintretenden Individuums fördern kann. Drei Fachpersonen berichten, dass ihre Institutionen Time-Outs nach mehrmaligen Rückfällen anbieten, bei denen die Patienten und Patientinnen ihre Motivation nochmals überprüfen können. Ein Experte führt aus, dass diese Time-Outs in einer „Partnerinstitution“ im Appenzell angeboten werden, wo man körperlich mit anpacken muss.

*„(...) wo wir so zwei-, dreiwöchige Time-Outs haben, wo wirklich neben Aussen ist, wo man mal "krampfen", helfen muss und sich dort den Kopf lüften kann und mal überlegen, will ich wirklich eine Therapie machen, bin ich wirklich am richtigen Ort?“ (Ex.3, S.9)*

Ein Experte betont den grossen Stellenwert der Gruppe in Bezug auf die Motivationsarbeit.

*„Auch da, finde ich, ist die Gruppe eigentlich wirklich das Gute. Weil sie kennen das ja, dass man am Anfang ambivalent ist. Und wenn man, es ist ja auch ein Erfolg, wenn man das übersteht und dann eben trocken bleibt. Und sie unterstützen sich recht gut selber in dem, dass sie dann eigentlich jemanden mittragen können, so dass er bleibt“ (Ex.3, S.9)*

### **Angehörigenarbeit**

Ein Experte sieht systemische Interventionen als sinnvoll an und betont, dass diese für beide Aspekte der Angehörigenarbeit, also im direkten Kontakt wie auch in der Diskussion mit dem Patienten/der Patientin über Angehörige wichtig sind.

Alle Experten und die Expertin sehen tragende soziale Beziehungen als wichtigen Faktor an. Ein Experte führt aus, dass seine Institution auch aufkeimende Liebesbeziehungen im späteren Therapieverlauf unterstütze. Bestehende Beziehungen sollen ebenfalls bearbeitet werden. Wenn sich aber zwei Personen innerhalb der Therapie ineinander verlieben, rate man diesem Paar an, dass einer der beiden sich einen anderen Therapieplatz sucht, so dass sich beide Parteien auf ihren eigenen Genesungsprozess konzentrieren können. Ein Experte führt die Peer-Gruppe als überlebenswichtigen Faktor bei Jugendlichen an.

### **Rehabilitation**

Im Klinikkonzept der Expertin sei die Austrittsplanung fest verankert. Die Klientel müsse nach Austritt eine ambulante Bezugsperson sowie, wenn sie von einer Suchtdiagnose betroffen ist, Anschluss an eine Suchtgruppe haben. Ein Experte betrachtet die Austrittsplanung als zentralen Punkt und sieht Bedarf für eine Begleitung in die Rehabilitation.

*„Also, dass es nicht nur um innere Prozesse geht in der Psychotherapie, sondern parallel auch etwas passieren muss im Sozialen, im Äusseren, weil doch eine Aufgabe zu haben, entweder in der Ausbildung oder in einer Tätigkeit, sehr stabilisierend sein kann“ (Ex. 2, S., 10).*

Ein Experte beschreibt anhand seines Institutionskonzepts ebenfalls, dass die Langzeitausrichtung der Therapie wichtig ist, weil man so die Menschen in die Rehabilitation begleiten kann. Ein Experte empfiehlt gestufte Übergänge über teilstationäre Aufenthalte oder den Besuch von Tageskliniken sowie weiteren Gesprächsangeboten in der Klinik. Zudem sollte die Austrittsphase vermehrt auf Eigenverantwortung ausgerichtet werden:

„(...) so dass Patienten sich Belangen widmen, die nachher, wenn sie ausgetreten sind, wichtig werden“ (Ex. 2, S. 10).

### **Diagnostik**

Ein Experte weist darauf hin, dass die Diagnosestellung ein zentraler Punkt in der Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnosen ist. Er meint, dass bei der antisozialen Persönlichkeit z.B. zwei Diagnosekriterien durch die Illegalität der Substanzen definiert sind, was zu unsauberen Diagnosen führen kann. Junge Menschen würden sich häufig in un abgeschlossenen adoleszenteren Prozessen befinden, welche aufgrund von Substanzkonsum zu anhaltenden kindlichen oder jugendlichen Spaltungsprozessen und Agierfeldern führen können, welche das Bild einer Borderline Persönlichkeitsstörung vermitteln können.

„(...) wenn sie 25 sind, diagnostiziert man das meist als Borderline Persönlichkeitsstörung. Man könnte aber auch sagen, das ist eine Adoleszenz, die noch nicht weiter ist (...), also weil sie angefangen haben zu saufen und dann so quasi die inneren Prozesse nicht abschliessen konnten“ (Ex. 4, S. 3).

Er empfiehlt, nicht zu früh von einer Borderline-Diagnose zu sprechen, da er grundsätzlich ein Reifungspotential sieht, wenn man diese Menschen richtig behandelt. Deshalb soll eine Persönlichkeitsstörung nicht mit Erreichen der Volljährigkeit, sondern erst nach abgeschlossener Identitätsbildung diagnostiziert werden. Zudem sieht dieser Experte den Substanzgebrauch als zum Jungendalter gehörend und empfiehlt deshalb diese nicht sofort als klinische Abhängigkeit, sondern als ein Durchgangssyndrom zu diagnostizieren.

### **Medikation**

Die Abgabe von Medikamenten wird von zwei Experten als unterstützend, von einem weiteren Experten als förderlich beschrieben.

„Also, ich finde, viele Medikamente bringen nichts. Aber eine gewisse Unterstützung hilft schon“ (Ex. 4, S. 11).

## 12.2.4 Grundsätze: Enge Begleitung von Menschen mit Doppeldiagnosen

Tabelle 14: Übersicht Förderfaktoren: Kategorie Grundsätze

<b>Grundsätze: Enge Begleitung von Menschen mit Doppeldiagnosen</b>	
<b>Aussere Struktur</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verhaltenskontrollen bezüglich Abstinenz</li><li>• Abschliessen von Suchtverträgen</li><li>• Psychotherapie unter Substitution</li><li>• Zentraler Standort</li><li>• Feste Vereinbarungen</li><li>• Etablierung des Rahmens nach allfälligem Rückfall</li></ul>

### Äussere Struktur

Die Expertin sieht Verhaltenskontrollen bezüglich der Abstinenz als unerlässlich an, so dass den Patienten und Patientinnen klar wird, dass mit Suchtmitteln keine Therapie möglich ist. Dabei fungiert die Abteilung als schützender Rahmen, innerhalb dessen man sich der Realität stellen könne. Sie verspricht sich von der abstinentorientierten Ausrichtung:

*„(...) einen klaren Kopf und Auseinandersetzungen mit sich selbst, wo nicht irgendwie verfiltert ist mit etwas, was einem so den Problemen enthebt“ (Ex. 1, S.9).*

Ein weiterer Experte arbeitet ebenfalls nach der abstinentorientierten Ausrichtung und schliesst diesbezüglich Suchtverträge mit der Klientel ab. Ein Experte will der Klientel die Vorteile eines abstinenten Lebens aufzeigen. Ein Experte sieht einen festen Rahmen ebenfalls als unerlässlich an. Das Abschliessen von Verträgen ist seines erachtens vor allem in Krisensituationen hilfreich, wo man sich auf schriftliche Vereinbarungen beziehen kann. Nach einem Rückfall ist es zentral, dass der Rahmen wieder hergestellt wird, so dass die Therapie in ihren Grundfesten nicht gefährdet wird.

Ein Experte sieht in einem zentralen Standort den Vorteil, dass die Klientel von Beginn weg gefordert ist, in kurzer Distanz zu den Drogenquellen ein abstinentes Leben aufzubauen, was den Übergang von der Therapie ins Alltagsleben erleichtern kann. Zu Beginn macht er mit der Klientel feste Vereinbarungen, z.B. bezüglich des Ausgangs. Das förderliche Element einer abgelegenen Therapieeinrichtung sei, dass schon aufgrund der Distanz der Versuchung Substanzen zu besorgen, Grenzen gesetzt sind.

#### 12.2.5 Patienten- und Patientinnenvariablen

Tabelle 15: Übersicht Förderfaktoren: Kategorie Patienten- und Patientinnenvariablen

<b>Patienten- und Patientinnenvariablen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Intrinsische Motivation</li><li>• Relativ gute Struktur</li><li>• Grosser Leidensdruck in der Vorgeschichte</li><li>• Nicht zu stark ausgeprägte Krankheitsbilder</li><li>• Vorbehandelt Suchterkrankung</li><li>• Introspektionsfähigkeit, erhaltene Realitätskontrolle</li><li>• Mut von sozial Zurückgezogenen, sich auf die Gruppe einzulassen</li></ul>

Intrinsische Motivation sowie die Bereitschaft, mitarbeiten zu wollen, ist laut allen Fachpersonen förderlich. Ein Experte nennt eine gute innere Struktur als förderlichen Faktor. Menschen, die etwas zu verlieren hätten, wie eine Familie oder den Beruf, sind grundsätzlich leichter zu motivieren. Laut einem Gesprächspartner zeichnet sich die intrinsisch motivierte Klientel häufig durch einen massiven Leidensdruck in der Vorgeschichte aus.

*„(...) du musst schon mal so tief gesunken sein und gesagt haben, entweder sterbe ich jetzt oder ich unternehme wirklich etwas, und dann aufgrund von dem wirklich etwas verändern wollen“ (Ex. 3, S.4)*

Laut einem Experten sei die Therapie von Persönlichkeitsstörungen dann am erfolgreichsten, wenn das Störungsmodell nicht zu stark ausgeprägt sei. Ein Experte sieht zudem in erhaltener Realitätskontrolle und der Fähigkeit zur Selbstreflexion und der damit verbundenen Introspektionsfähigkeit wichtige förderliche Variablen.

*„(...) also, dass sie Introspektionsfähigkeiten haben und, dass sie auch die Möglichkeit haben, ihre Situation, in der sie sich befinden, sozial, in Beziehungen mit anderen (...) wahrzunehmen und auch ein Stück weit zu beurteilen“ (Ex.2, S.2)*

Laut zwei Fachpersonen ist es von Vorteil, wenn die Suchterkrankung vorbehandelt ist und den Patienten und Patientinnen diese Verhaltensweisen nicht mehr als erstes zur Verfügung stehen. Für Menschen mit sozialen Phobien oder Angststörungen kann es einen grossen Schritt bedeuten, wenn sie sich auf die Arbeit in der Gruppe einlassen. Dieser Schritt kann laut einem Experten gleichzeitig einen Fortschritt der Therapie bedeuten.

### 12.2.6 Ökonomie

Tabelle 16: Übersicht Förderfaktoren: Kategorie Ökonomie

<b>Ökonomie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kreative Neuerungen und fundierte Überlegungen zum Thema, wer braucht was</li> <li>• Ausreichend Zeit und Angebote für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen</li> <li>• Ineinander greifende Finanzierungssysteme zur Finanzierung der Netzwerkarbeit</li> <li>• Stationäre Einrichtungen als Servicestationen für ambulante Einrichtungen</li> </ul>

Durch den wirtschaftlichen Einfluss auf die Therapie können sich laut einem Experten kreative Neuerungen und fundierte Überlegungen ergeben, z.B. zum Thema, welcher Mensch was genau braucht. Ihm zufolge ist es wichtig, dass weiterhin genügend Zeit und stationäre Angebote für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen existieren, wo diese den Umgang mit Beziehungen erlernen und darin positive Erfahrungen machen können.

Ein Experte nennt ein ineinander greifendes Finanzierungssystem von Suchtbehandlungsinstitutionen und Psychiatrien, mit dessen Hilfe Netzwerkarbeit finanziert werden könnte, als förderlichen Faktor. Für Menschen mit komorbiden Erkrankungsbildern, die häufig eine lange Krankheitsgeschichte haben, innerhalb derer sie nur kurze stationäre Aufenthalte machen und vorwiegend ambulanten Service in Anspruch nehmen, ist Netzwerkarbeit ein wichtiger Faktor. Zudem würde es diesem Experten entgegenkommen, wenn in diesem Kontext die stationären Bereiche Service für die ambulanten Einrichtungen bieten würden.

*„Und das bedingt, wenn man so etwas machen will, dann kann man schon spezialisierte Gruppendiagnosestationen haben, das ist gut möglich, aber das ist immer nur ein kurzer Aufenthalt, sechs, 12 Wochen, maximal bei bezahlten. Und nachher geht es draussen weiter. Und Sucht ist eine chronifizierte Störung (...), und Persönlichkeitsstörung ist definitiv onsgemäss eine solche Störung, also findet da noch was statt“ (Ex. 4, S.3).*



## 12.3 Hinderliche Faktoren

Folgende Kapitel beziehen sich auf Aussagen der Experten sowie der Expertin zu hinderlichen beziehungsweise erschwerenden Faktoren in der Therapie von Menschen mit Doppel-diagnosen. Dabei werden die Aussagen wiederum in die, bereits unter dem Kapitel 12.2 „Förderliche Faktoren“ erwähnten, Kategorien unterteilt.

### 12.3.1 Organisation: Stellenmanagement und Behandlungsorientierung

Tabelle 17: Übersicht Hinderliche Faktoren: Kategorie Organisation

<b>Organisation: Stellenmanagement und Behandlungsorientierung</b>	
<b>Personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anspruchsvollere Vergangenheiten der Klientel fordern die therapeutischen Teams</li> <li>• Fehlende Reflektion führt zu spaltenden Auseinandersetzungen</li> <li>• Agierpotential insbesondere bei Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstrukturniveau</li> <li>• Fehlende fachliche Unterstützung</li> <li>• Fehlende therapeutische Tiefe bei Leitung der Verhaltenstrainings durch Mitarbeitende der Pflege</li> </ul>
<b>Theoretische Orientierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unklarheit, für wen welche Therapie geeignet ist</li> <li>• Fehlendes Verständnis der objektbeziehungstheoretischen Grundlagen</li> </ul>
<b>Rahmenbedingungen der Therapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf Gerechtigkeit plädierende Gruppe erschwert Fallindividualität</li> </ul>

#### Personal

Die Klientel ist anspruchsvoller und die Vergangenheiten der einzelnen Individuen sind laut einem Experten und der Expertin somit für das Team schwieriger zu verarbeiten.

*„(...) das beeindruckt mich zutiefst, schon die Anamnesengeschichten auf sich zu nehmen und zu behandeln. Ich habe in all dieser psychiatrischen Karriere noch nie so dicht Bosheit, Vernachlässigung, Fiesheit von Eltern erlebt, wie was diese Leute einem erzählen“ (Ex. 1, S.6).*

Durch die schwierigen Vergangenheiten der Patienten und Patientinnen sammeln sich laut der Expertin mehr Emotionen im Team an, die bei fehlender Reflektion zu spaltenden Auseinandersetzungen führen können. Die drei Experten betonen, dass das Agieren der Klientel gut beobachtet werden muss, laut einem Experten insbesondere dann, wenn sich die Klientel auf dem strukturellen Niveau einer Borderline Persönlichkeit befindet.

*„(...) also das heisst, sie brauchen dann quasi die Bühne, die sie ja dann haben, also dass sind dann wir, als Teil ihres Theaterraumes, wo sie drin sind, und da inszenieren sie dann ihren inneren Konflikt auf einer äusseren Bühne und da sehen wir dann, dass wir ausgespielt werden“ (Ex.4, S.2).*

Die Expertin bemängelt die fehlende fachliche Unterstützung für das Team.

„Ich wünschte mir mehr fachliche Anleitung. Also ich hätte wirklich gerne jemand, der erfahren ist, und das haben wir nicht in der Klinik“ (Ex.1, S. 13)

Ein Nachteil der Leitung von Verhaltenstrainings durch das Pflegepersonal kann laut der Expertin mangelnde therapeutische Tiefe sein. Fehlende Übung kann zu weniger individuellen Gestaltungen der Module führen und durch die programmatische Abhandlung kann der Eindruck entstehen, dass ein Problem gelöst ist, wenn man den Inhalt behandelt.

**Theoretische Orientierung**

Noch ist laut zwei Experten nicht klar, welche Therapie für welchen Menschen angemessen ist. Ein Experte bemängelt, dass die Terminologie der Objektbeziehungstheorie heute nicht mehr verstanden wird.

„Also wenn ich heute Weiterbildungen zu dem mache, kann ich diese Terminologie nicht mehr brauchen, weil das einfach niemand mehr versteht. Entweder sie sind Systemiker oder verhaltenstherapeutisch ausgebildet. Also die Phänomene sehen sie (...), aber das Erklärungsmodell, das versteht man heute nicht mehr“ (Ex.4, S.2).

**Rahmenbedingungen der Therapie**

Das individuelle Eingehen auf die Bedürfnisse eines Individuums wird laut einem Experten und einer Expertin durch die Gruppe erschwert, welche auf Gerechtigkeit plädiert.

„(...) dass man vielleicht manchmal denkt, im Grunde würde man jetzt da vielleicht eher flexibel sein, aber im Sinne der Gemeinschaft ist es auch wichtig zu zeigen, dass halt jemand genau gleich behandelt wird wie ein anderer“ (Ex.2, S.9)

12.3.2 Praxis des Managements: Implementierung klinischer Leitlinien

Tabelle 18: Übersicht Hinderliche Faktoren: Kategorie Praxis des Managements

<b>Praxis des Managements: Implementierung klinischer Leitlinien</b>	
<b>Implementierung klinischer Leitlinien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stellenwert, der einzelner Krankheitsbild zukommen soll, ist nicht geklärt</li> <li>• Fehlende Konzepte für die Arbeit an Doppeldiagnosen</li> <li>• Zuteilung zu Institution (Sucht/Psychiatrie) bedingt Stellenwert des einzelnen Krankheitsbildes</li> <li>• Unterschätzung der Süchtigkeit kann zur Vermeidung des Vordergründigen führen</li> </ul>
<b>Therapeutische Arbeitsbeziehung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abwertung über Diagnosen</li> <li>• Aufgrund fehlender Grundlagen, Nicht-Erkennen von Spaltungsphänomenen</li> <li>• Therapeutisches Mitagieren kann zu Verstossungen führen</li> </ul>

**Implementierung klinischer Leitlinien**

Laut der Expertin ist die Frustration der Trockenheit oft unterschätzt worden. In diesem Zusammenhang sei es schwierig zu beurteilen, welchen Stellenwert die Behandlung der

Suchterkrankung in der Therapie einnehmen muss. Aufgrund der unsauberen Trennung gebe es kein klares Konzept. Zudem bestehe mit der Suchtgruppe nur wenig Kontakt.

„(...) wie integriert oder separat muss man die Suchtproblematik mit diesen Patienten angehen?“ (Ex.1, S.8).

Die Entscheidung, in welcher Institution man einen stationären Aufenthalt plant, beeinflusst laut einem Experten den Stellenwert des einzelnen Krankheitsbildes. Menschen, die sich für die Behandlung in einer Suchtinstitution entscheiden, stellen das süchtige Verhalten in den Vordergrund. Entscheidet sich jemand für die Psychiatrie, kann es ihm zufolge passieren, dass die Bedeutsamkeit des süchtigen Verhaltens unterschätzt wird und es in der Folge zu einer Vermeidung des Vordergründigen kommt.

### **Therapeutische Arbeitsbeziehung**

Ein Experte weist darauf hin, dass es eine Herausforderung für die Mitarbeitenden ist, die Klientel nicht über die Diagnose zu etikettieren und in der Folge abzuwerten. Ein Experte sieht aufgrund der fehlenden gemeinsamen objektbeziehungstheoretischen Grundlage eine wachsende Gefahr darin, dass man die Kernbergschen Modelle nicht mehr auf Spaltungsphänomene anwenden kann und es so schwieriger wird, das Agierpotential unter Kontrolle zu halten. Zusätzlich kann es passieren, dass, wenn das therapeutische Team mitagiere, Patienten und Patientinnen verstossen werden, was zu Retraumatisierungen führen kann.

### 12.3.3 Service: Assessment und Diagnosestellung

Tabelle 19: Übersicht Hinderliche Faktoren: Service: Assessment und Diagnosestellung

<b>Service: Assessment und Diagnosestellung</b>	
<b>Therapiemodule</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gruppentherapie erschwert für Menschen mit sozialen Ängsten</li><li>• Fehlende Therapieformen für die Bearbeitung der Süchtigkeit</li></ul>
<b>Angehörigenarbeit</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Liebesbeziehung als Ablenkung von Problematik</li><li>• Nicht-Tragende Beziehungen</li></ul>
<b>Rehabilitation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rückfälle in Übergangs- oder Neuorientierungsphasen</li></ul>
<b>Diagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unsaubere Diagnosen überdecken im Hintergrund stehende Problematiken</li><li>• Irreversible neuronale Veränderungen durch Langzeitkonsum</li></ul>
<b>Medikation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gefahr des Missbrauches</li></ul>

### **Therapiemodule**

Die Gruppentherapie kann sich für Menschen mit Angststörungen oder sozialen Phobien laut einem Experten als problematisch erweisen.

Ein Experte führt aus, dass seine Institution nicht über geeignete Therapieformen verfügt, die bei einem trotz erfolgtem Entzug weiterhin süchtigen Charakter greifen würden.

### **Angehörigenarbeit**

Liebesbeziehungen zwischen zwei Menschen, die beide von einer Suchtproblematik geprägt sind, werden von einem Experten als eine grosse Herausforderung beschrieben. Aufkeimende Liebesbeziehungen in der Anfangszeit der Therapie werden von einem Experten aufgrund der Ablenkung als hinderlicher Faktor gesehen.

*„(...)gleichzeitig sagen wir aber, wenn ein drogensüchtiger Mensch sich selber genauer betrachten möchte und sich selber auf eine Therapie konzentrieren will, macht es Sinn, dass er sich wirklich mal eine Zeit lang ganz auf sich konzentriert“ (Ex. 3, S. 3)*

Nicht tragende soziale Beziehungen werden von zwei Fachpersonen als hinderlich betrachtet. In solchen Fällen ist es laut einem Experten sinnvoll, Kontaktsperren einzusetzen.

### **Rehabilitation**

Häufig kann man laut zwei Experten Rückfälle in Übergangsphasen oder bei der Entwicklung neuer Perspektiven gegen aussen beobachten.

*„(...) also Vollversorgung, wo jemand ein Bett hat, Essen erhält, angehalten wird, sich zu pflegen, die Kleider zu waschen, er hat den Tag strukturiert, hin bis zu Situationen, wo er das alles alleine organisieren muss“ (Ex. 2, S.10)*

### **Diagnostik**

Ein Experte und eine Expertin sprechen von unsauberer Diagnostik in Bezug auf Menschen mit Doppeldiagnosen. Der Gesprächspartner führt aus, dass durch unsaubere Diagnosen im Hintergrund stehende Problematiken überdeckt werden können.

*„(...) jede nicht psychotische Störung ist bald eine Persönlichkeitsstörung (...), da wird nicht sehr sauber diagnostiziert“ (Ex.1, S.3)*

*„(...) wie gesagt, dass ist heute schwierig, da es unterschiedliche Modelle gibt, die einfach so die Phänomenologie haben und man sagt dann, die ist traumatisiert, und dann wird an dem gearbeitet. Aber eigentlich, wenn man genauer auf den Hintergrund gehen würde, wäre noch relativ viel da. Oft ist es ja eine künstliche Unterscheidung“ (Ex.4, S.5)*

Ein Experte führt aus, wie der Langzeitkonsum von Alkohol zu irreversiblen neurologischen Veränderungen führen kann.

*„Bei den Jugendlichen gibt es eben diejenigen, die früh konsumieren und nie gelernt haben, alternative Strategien zu entwickeln, wie man Konflikte lösen kann oder Spannungen neutralisieren, dass es da dann so einen blöden Zusammenhang gibt zwischen der verzögerten Reifung des Frontalhirns und den exekutiven Funktionen, die noch nicht richtig*

ausgebildet sind, und der Substanz, die dann noch dazu kommt und die Impulskontrollschwierigkeiten noch verstärkt“ (Ex. 4, S.5).

**Medikation**

Laut einem Experten ist die Medikamentenabgabe gründlich zu überdenken, wenn in der Krankheitsgeschichte Substanzmissbrauch in Bezug auf Medikamente betrieben wurde.

12.3.4 Grundsätze: Enge Begleitung von Menschen mit Doppeldiagnosen

Tabelle 20: Übersicht Hinderliche Faktoren: Grundsätze

<b>Grundsätze: Enge Begleitung von Menschen mit Doppeldiagnosen</b>	
<b>Aussere Strukturen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschluss des Substanzmissbrauches und der Sexualität aus klinischem Alltag</li> <li>• Gefährdung der Therapiegrundfeste durch Rückfall</li> </ul>

**Äussere Struktur**

Laut einem Experten ist es schwierig, dass die Thematiken des Substanzmissbrauches und der Sexualität aus dem klinischen Alltag ausgeschlossen werden.

*„Beides darf man nicht, sonst wird man entlassen, wenn man das macht. Aber dass man mal Angst hat oder die Stimmung zusammenbricht, oder dass man Stimmen hört – du der hört noch Stimmen, den muss man entlassen – das würde niemandem in den Sinn kommen, der ist doch krank. Und das ist so. Also, und dann sagt man, das ist ja logisch, dass der Angst verspürt, weil man hat ja den Druck erhöhen wollen (...), er kann nicht mehr fliehen, so quasi also kommt das hervor, wo die Angst steigt, Anspannung die steigt, wo es nicht mehr möglich ist, die unintegrierten Persönlichkeitsanteile zusammen zu halten, also fallen die auseinander, werden desintegriert und dann sagt man – schön, hast du gesehen, wie schön das jetzt passiert – (...) und jetzt geht es darum, wieder zu schauen, wie man das zusammen setzen könnte. Aber es gibt auch Leute, die konsumieren Substanzen. Und das ist dann ein Grund zum Rauswerfen. Also ich sage einfach, das geht nicht auf“ (Ex.4, S.9).*

Ein Experte weist darauf hin, dass Rückfälle die Grundfesten der Therapie gefährden.

12.3.5 Patienten- und Patientinnenvariablen

Tabelle 21: Übersicht Hinderliche Faktoren: Patienten- und Patientinnenvariablen

<b>Patienten- Patientinnenvariablen</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komorbide Suchterkrankung führen zu Drop-Out</li> <li>• Auch nach Entzug vom Charakter her weiterhin süchtig</li> <li>• Ausweichmöglichkeit durch Substanzeinnahme</li> <li>• Negative Beeinflussung der Remission</li> <li>• Eigenleben der Suchterkrankung</li> <li>• Hilfesuchende Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zerstören diese bei Erhalt</li> <li>• Menschen mit gering ausgeprägten Strukturen sind nur erschwert in der Therapie zu halten</li> <li>• Fehlende haltende Elemente erschweren Auseinandersetzung mit sich selbst</li> <li>• Frühzeitige Therapieabbrüche bei Menschen mit Doppeldiagnosen</li> </ul>

Menschen mit einer Suchterkrankung beenden laut einer Expertin öfter frühzeitig die Behandlung, aufgrund von Frustrationen durch das Personal oder die Gruppe oder aufgrund unerfüllter Erwartungen. Drei Fachpersonen beschreiben, dass Menschen, die bereits einen Entzug gemacht haben, vom Verhalten her weiterhin süchtig seien. Die Ausweichmöglichkeiten, welche die Substanzen darstellen, stellen laut drei Fachpersonen eine starke Verführung dar. Gerade in Momenten, in denen Auswege aus Schwierigkeiten gesucht werden, aus Beschämung oder Versagen, ist der Griff zu den Substanzen schnell gemacht, was die Therapiemotivation gefährden könne. Ein weiterer Experte führt aus, dass jemand der Substanzen missbraucht, etwas gefunden hat, dass für ihn besser funktioniert als das Gespräch.

*„(...) verführerisch, nicht an sich arbeiten zu müssen“ (Ex.1, S.3)*

*„(...) und das ist halt, gerade wenn eine Sucht im Spiel ist, nicht selten danach ein Faktor, der genau die Motivation in Frage stellen kann. Also dass dann schnell Verhaltensmuster aktiviert werden, die ausweichend auf Konflikte oder therapeutische Prozesse reagieren“ (Ex.2, S.2).*

Der Einfluss der Suchterkrankung kann laut einem Experten die Remission beziehungsweise den Erkrankungsschweregrad negativ beeinflussen und somit den Heilungsprozess in Frage stellen. Das Abstandnehmen von einem gewohnten Verhalten, wie z.B. dem Substanzkonsum, welchen suchterkrankte Menschen häufig als letzten selbstbestimmten Bereich erleben, kann laut einem Experten zu Identitätsirritationen, Krisen und Konflikten führen, welche in der Folge zu Therapiewiderstand führen können.

*„(...) noch so eine Form von letztem Residuum, über das man selber bestimmt und wo niemand was zu sagen hat“ (Ex.2, S.7).*

Substanzen können laut zwei Experten ein Eigenleben entwickeln, was eine Verhaltensänderung erschwert. Zudem bedingen sich die beiden Störungsbilder gegenseitig in der Entwicklung. In der Therapie geht es laut einem Experten dann auch um die Frage, was sich auf der einen Seite verändert, wenn man auf der anderen Seite etwas beeinflusst.

*„Weil bei der Sucht gibt es ja eigentlich drei Dinge, die man unterscheiden muss, nämlich einerseits gibt es das, was im Hirn abläuft, auf der zellulären Ebene und auf der Ebene der Kreisläufe, so, und das sind eigenständige Prozesse, die kann man nicht weg reden. Das hat nichts mit, da kann man nicht mit Psychotherapie, dies sind lange Prozesse, die eingebrannt sind, und die müssen sich halt durch neue Erfahrungen und durch Distanz usw. Dann gibt es das, was um die Substanz herum gewesen ist, also: wie komme ich zu der Substanz, was hat die Substanz für eine Bedeutung usw. Und dann gibt es eine Dimension, wo man sich fragt, ja, was hat denn diese Substanz und der Konsum mit meinem Therapie-*

*ten zu tun? Also wie integriere ich das in der Interaktion. Und das sind unterschiedliche Dimensionen“ (Ex.4, S.10).*

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen möchten laut einer Expertin oft nicht unbedingt etwas verändern. Fehlende Krankheitseinsicht kann zudem die Therapie gefährden.

*„Wenn der (Leidensdruck; Anm. Verf.) nur bei allen anderen ist, ist es enorm schwierig“ (Ex.2, S.7).*

Ein Experte sieht bei Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung die Problematik, dass diese häufig Hilfe suchen, sie bei Erhalt jedoch ablehnen oder zerstören. Menschen mit gering ausgeprägten Strukturen sind laut der Expertin nur erschwert in der Therapie zu halten. Schwierig ist es laut drei Fachpersonen mit Menschen zu arbeiten, die nichts mehr zu verlieren haben.

*„Aber es ist ganz klar, wenn ein Mensch keine Wohnung hat, keine Arbeit, kein Geld, keine Menschen, die zu ihm stehen, dann ist die Konzentration auf diese Form der Therapie, die Auseinandersetzung mit Innen, klar erschwert bis unmöglich“ (Ex.1, S. 12).*

Ein Experte beschreibt ein Spektrum des Schweregrads der Erkrankung und ordnet auf der einen Seite Menschen an, die nur in einem Teil ihres Selbst erkrankt sind, während die andere Seite Menschen beschreibt, die enorme Schwierigkeiten in verschiedenen Bereichen haben. Immer öfter würden Menschen der zweiten Gruppe eine Therapie aufsuchen.

*„(...) also jetzt nicht nur in der psychischen Entwicklung, im Reifungsgrad, der zum Teil sehr divergent ist gegenüber dem biologischen Alter. Also, dass die eigentlich noch sehr viel jünger sind in ihre psychischen Entwicklung. Auch sozial in enorm desolaten Zuständen (...) Traumatisierungen multipler Art“ (Ex.2, S.3).*

Ein Experte sieht bei der Behandlung von komorbiden Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen eine grosse Drop-Out-Rate. Menschen mit dieser Art Doppeldiagnose kommen laut ihm mit Alltagsbelastungen häufiger schlechter zu Gange und haben bei Schlüsselreizen oft nicht mehr die Kraft, nein zu sagen.

### 12.3.6 Ökonomie

Tabelle 22: Übersicht Hinderliche Faktoren: Ökonomie

<b>Ökonomie</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Wirtschaftlicher Einfluss stellt Therapievorhaben in Frage</li><li>• Konkurrenzdruck zwischen Suchtinstitutionen</li><li>• Abstinenz wird weniger unterstützt</li><li>• Therapeutische Individualität wird eingeschränkt</li><li>• Unterschiedliche Denksysteme führen zu Unverständnis untereinander</li></ul>

Der wirtschaftliche Einfluss kann die Therapie laut den Experten und der Expertin auf mehreren Ebenen ungünstig beeinflussen. Die Expertin beschreibt z.B., wie Rigidität in der Therapieplanung zu vorzeitigen Therapieabbrüchen führen kann, was aufgrund der geringen Auslastung der Abteilung nicht erwünscht ist und deshalb zu „falscher Flexibilität“ führen kann.

*„Wir haben ja noch mehrere solche Leute gehabt, die immer gefunden haben: Nein, Sucht ist eigentlich kein Problem. Und da hart zu bleiben, heisst dann auch, dass wir die Patienten verlieren würden“ (Ex.1, S.5)*

Die Expertin äussert, dass ihre Abteilung bei einer Unterbelegung auch Menschen zur Therapie aufnehme, die normalerweise an eine Suchteinrichtung verwiesen würden, ein Experte sieht unter diesen Bedingungen nicht die Möglichkeit einer gründlichen Eintrittsmotivationsüberprüfung.

*„(...) und dann gibt es halt manchmal Situationen, wo wir ein Bett haben und einen Patienten, sind aber nicht so sicher, ob das wirklich schon soweit ist, dass der auch will und dass das auch sinnvoll ist, so dass es dann zu Abbrüchen kommen kann, wenn man sie zu schnell in die Therapie nimmt“ (Ex.2, S.6).*

Auch werden laut zwei Experten durch den wirtschaftlichen Druck Langzeittherapien für Menschen mit Doppeldiagnosen immer mehr eingeschränkt. Laut einem Experten ist aber gerade bei jungen Menschen die Diversität von Behandlungsangeboten unumgänglich. Durch den Kostendruck müssen laut einem Experten einzelne Institutionen immer mehr um ihr Überleben kämpfen, was auch zu Konkurrenzkämpfen zwischen den verschiedenen Einrichtungen führen kann, wobei gerade hier ein förderliches Zusammenarbeiten wünschenswert wäre. Ein Experte beschreibt, dass man immer mehr Eingeständnisse machen müsse und sich so die Suchthilfelandtschaft z.B. vermehrt auf Substitutionsprogramme ausrichte, was zur Folge habe, dass der Weg der Abstinenz nicht mehr so stark gefördert werde und so diesbezüglich interessierten Menschen der Mut zum drogenfreien Leben genommen werde. Bei der Ausrichtung auf Abstinenz besteht laut einem Experten die Gefahr, dass bei einem erneuten Konsum eine Überdosis zum Tod führen kann. Mangelnde finanzielle Ressourcen haben laut einem Experten zur Folge, dass Stationen vermehrt programmatisch arbeiten müssen und weniger individuelle Therapieprogramme zusammenstellen können.

Ein weiterer kritischer Punkt wird von einem Experten in den unterschiedlichen Denksystemen der Finanzierungssysteme gesehen. Die heutige klare Trennung zwischen Suchtbehandlungsinstitutionen und Psychiatrien wirke sich ungünstig auf die Rehabilitation aus.



## 13 Diskussion

Über lange Zeit erfolgte eine starre Trennung von Suchthilfeinstitutionen und psychiatrischen Einrichtungen, was dazu führte, dass Menschen mit dualen Störungsbildern, wie Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen, nicht die für sie notwendige Hilfe erhielten. Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, die neu eröffnete Abteilung A5 der Kantonalen Psychiatrischen Dienste in Liestal, die auf Persönlichkeitsstörungen spezialisiert ist und komorbide, im Hintergrund stehende Suchterkrankungen nicht als Ausschlusskriterium führt, in Bezug auf den Therapieerfolg von Menschen mit der Doppeldiagnose einer Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung zu untersuchen. Da im vorgegebenen zeitlichen Rahmen nicht genügend Patienten und Patientinnen für statistische Auswertungen in die Stichprobe eingeschlossen werden konnten, werden nur die Eingangswerte der Klientel in den Auswertungen dargestellt und diskutiert. Aufgrund der hohen Drop-Out-Raten wurden vier Fachpersonen mit unterschiedlichem fachlichem Hintergrund interviewt, um zusätzliche Hinweise zu förderlichen und hinderlichen Variablen in der Therapie dieser Klientel zu eruieren.

### 13.1 Diskussion der qualitativen Evaluationserhebung

#### 13.1.1 Zur deskriptiven Beschreibung der Stichprobe

Aufgrund der kleinen Stichprobe, die keine signifikanten Ergebnisse hervorbringen kann, entfällt die Beantwortung der Hypothesen aus Kapitel 9.1. Die Stichprobendarstellung in Kapitel 10.1 zeigt jedoch sehr gut die Heterogenität der Erkrankungsbilder, wie sie auch in der Literatur beschrieben wird (Kapitel 5.1.1), auf. Von den elf Patientinnen der Stichprobe beendeten vier Patientinnen die Therapie vorzeitig, wobei eine Patientin aufgrund ihres Betragens von Seiten der Klinik entlassen wurde. Alle vier Patientinnen wiesen sowohl eine Persönlichkeitsstörungs- als auch eine Suchterkrankungsdiagnose auf. Sieben Patientinnen beendeten die Therapie regulär, wovon offiziell nur drei Patientinnen sowohl eine Persönlichkeitsstörungs- als auch Suchterkrankungsdiagnose erhielten. Somit brachen mehr als 50% der Patientinnen mit Doppeldiagnose die Behandlung vorzeitig ab, was Ergebnisse aus dem Bereich der Suchtforschung widerspiegelt, die komorbide Erkrankungen als Prädiktoren für vorzeitige Therapieabbrüche sehen (Reich et al., 1993; Crouse et al., 2007). Nur zwei der Patientinnen, die vorzeitig die Therapie abbrachen, hatten eine Borderline Persönlichkeitsstörungs-Diagnose. Diese wird in der Forschung häufig mit hohen Dropout-Raten in Verbindung gebracht (Bornovalova et al., 2007; Budman et al., 1996). Eine Patientin, die nebst Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung auch eine Zwangserkrankung aufwies, beendete die Therapie regulär. Laut Bottlender et al. (2003) beenden Menschen mit einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung die Therapie häufiger in der regulären Zeit. Somit kann diesbezüglich hypothetisiert werden, dass auch eine Zwangsstörung

einem frühzeitigen Therapieabbruch entgegenwirken kann. Vier Patientinnen waren zum Zeitpunkt der Untersuchungen um die 20 Jahre alt, was mit der Aussage von Westermeyer et al. (2005) übereinstimmt, dass Menschen mit Cluster-B Persönlichkeitsstörungen häufig signifikant jünger bei Beginn einer SMA sind.

### 13.1.2 Zu den Ergebnissen der Fragebögen

Die Übersicht über die von den Patientinnen angegebenen Werte in den einzelnen Skalen zum Zeitpunkt des Eintritts im PSKB zeigen deutlich hohe Ausprägungen in den Dimensionen „Ängstlichkeit im Kontakt“, „Depressive suizidale Stimmung“ sowie „Körpernahe Angst“. Diese Ergebnisse sind stimmig mit dem Krankheitsbild sowohl von einer Persönlichkeitsstörung als auch einer Suchterkrankung (vgl. Kapitel 2). Ebenfalls im oberen Bereich finden sich die Dimensionen „Anspruchshaltung“ und „Rücksichtsforderung“, welche gut zum Krankheitsbild der Persönlichkeitsstörungen passen. Die Werte der SCL zeigen ähnliche Dimensionen in der oberen Hälfte der Skala. So sind „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“ und „Ängstlichkeit“ sehr hoch, neu kommt hierbei die „Zwanghaftigkeit“ dazu. Auch die Angaben im IIP skizzieren das Krankheitsbild der Persönlichkeitsstörungen, in dem hohe Werte in den Dimensionen „zu introvertiert/sozial vermeidend“, „zu selbstunsicher/unterwürfig“ und „zu fürsorglich/freundlich“ angegeben werden. Dass die Patientinnen sich als zu fürsorglich/freundlich einschätzen weist darauf hin, dass sie die eigene Erkrankung als ich-synton erleben und sich dementsprechend anders einschätzen, als dies eine aussenstehende Person tun würde. Anhand der Angaben im TAB kann resümiert werden, dass sich die Patientinnen im Kontakt mit der therapeutischen Bezugsperson wohlfühlt haben, was laut Literatur einen positiven Einfluss auf den Therapieverlauf hat. Aufgrund der hohen Drop-Out-Rate stellt sich allerdings die Frage, ob die Patientinnen die Beziehung tatsächlich als so tragend eingeschätzt haben, dass sie sich tatsächlich auf die Therapie einlassen konnten oder ob sie die Beziehung idealisierten.

Zu den Einschätzungen der therapeutischen Bezugspersonen in Bezug auf ihre Patientinnen zeigt sich ein hoher psychischer und sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad im BSS, was mit dem Bild dieser Doppeldiagnosen harmonisiert. Erstaunlich ist hingegen der eher tiefe Wert des körperlichen Beeinträchtigungsgrades, der in Bezug auf komorbide Suchterkrankungen höher erwartet wurde. Betrachtet man die detaillierte Skala des BSS zum Schweregrad der Erkrankung, zeigt sich, dass zwei Patientinnen mit einer leichten Störung beschrieben wurden, wovon eine Patientin frühzeitig die Therapie abbrach. Die mit einer deutlichen Störung diagnostizierte Patientin beendete die Therapie regulär. Die Erkrankungsschwere von drei Patientinnen wurde als ausgeprägt, von einer Patientin als ausserordentlich schwer eingeschätzt. Drei dieser Patientinnen weisen einen Drop-Out auf. Dies erstaunt insofern, als davon ausgegangen werden kann, dass Menschen mit einem

schweren Erkrankungsgrad Hilfe dringen benötigen würden. Nun kann hypothetisiert werden, dass diese Klientinnen schwere Beziehungsstörung aufweisen, was in der Folge zu einem frühen Therapieabbruch geführt hat. Die Einschätzung im GAF zeigt einen Mittelwert von 52.14, was als ernsthaft einzustufen ist. Die Patientinnen wurden in Bezug auf den Schweregrad der Erkrankung zum Eintrittszeitpunkt als schwer krank eingestuft, was bei chronifizierten Störungen nicht weiter verwunderlich ist. Im TAB zeigen sich wieder hohe Werte, was für eine gute Arbeitsbeziehung spricht, im Kontext der Zusammenarbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen jedoch eher verwunderlich ist. Wie in der Literatur ausgeführt, weisen Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung auch Beziehungsstörungen auf (Berthel, 2003), die sich auch in der therapeutischen Beziehung zeigen können. Es kann hypothetisiert werden, dass die Psychotherapieausbildung der praktizierenden Therapeuten und Therapeutinnen viel Wert darauf gelegt hat, dass die Klientel als Menschen erkannt werden, was laut einem Experten von förderlichem Charakter ist.

## 13.2 Diskussion der Interviews

Folgende zwei Kapitel widmen sich der Verknüpfung der Gesprächsinhalte aus den Interviews mit den vier Fachpersonen sowie den Angaben der Literatur.

### 13.2.1 Diskussion der Förderfaktoren unter Einbezug der Literatur

#### **Organisation: Stellenmanagement und Behandlungsorientierung**

##### **Zu Personal**

Supervision in unterschiedlichen Varianten wird von allen vier Fachpersonen als zentraler Faktor verstanden, was z.B. auch Verheul (2007) hervorhebt. Durch einen intensiven Austausch im Team können laut den Fachpersonen Spaltungsphänomene besser erkannt und zusammengeführt werden, womit Unstimmigkeiten vermieden werden können. Zwei Experten heben die Entlastung des einzelnen Teammitglieds durch Aufgabenverteilung hervor. Intervision, Coaching und Teaching sind laut einem Experten weitere förderliche Faktoren. Auch weitere Autoren empfehlen einen intensiven interdisziplinären Austausch (Flynn et al., 2008; Berthel, 2003; Drake et al., 2000). Zwei Experten finden es vorteilhaft, wenn Mitarbeitende der Pflege in verhaltenstherapeutische Module eingebunden werden können. In der Literatur finden sich keine spezifischen diesbezüglichen Empfehlungen. Jedoch weist Verheul (2007b) auf die Wichtigkeit fundierter Ausbildungen der Mitarbeitenden hin und Flynn et al. (2008) betrachten es als Vorteil, wenn das Personal in Bezug auf beide Störungsbilder geschult ist. Ein Experte betont den positiven Einfluss der ihren Job mit Herzblut ausübenden Mitarbeitenden auf die Therapieaufrechterhaltung der Klientel. Diese Empfehlung gilt wohl störungsbildübergreifend für alle Menschen. Die Abtei-

lung A5 legt Wert auf das Containing im Team aufgrund der hohen Spaltungstendenz, welche die Klientel der Abteilung zeigen kann, und räumt diesbezüglich genügend Zeit für Patienten- und Patientinnenbesprechungen sowie Supervision ein.

### **Zu theoretischer Orientierung**

Zwei Fachpersonen arbeiten nach einer psychodynamischen Grundorientierung, die von verhaltenstherapeutischen Modulen ergänzt wird. Ein Experte empfiehlt ein zweistufiges Vorgehen, in dem mit verhaltenstherapeutischen Modulen zuerst Stabilität geschaffen wird, bevor anhand des psychodynamischen Ansatzes die Bearbeitung der Beziehung in den Vordergrund gestellt wird. Verhaltenstherapeutische Module werden in der Bearbeitung der Süchtigkeit von drei Experten als wichtig erachtet und können zudem laut zwei Fachpersonen von Mitarbeitenden der Pflege durchgeführt werden. Aus der Suchtforschung werden Elemente der Verhaltenstherapie ebenfalls empfohlen (Verheul, 2007b; Kienast et al., 2009), wobei sich kein psychotherapeutisches Verfahren als überlegen erweist (Schuhler et al., 2006). Psychotherapie sei allgemein die Behandlung der Wahl bei Persönlichkeitsstörungen (Verheul et al., 2007; Renneberg et al., 2010; Leichsenring et al., 2003), ein Vergleich der verschiedenen Ausrichtungen erweist sich jedoch auch hier als schwierig (Leichsenring et al., 2003). Kienast et al. (2009) empfehlen aufgrund der häufig erscheinenden Mischformen von Persönlichkeitsstörungen die Kombination verschiedener therapeutischer Ansätze. In Bezug auf Doppeldiagnosen empfehlen mehrere Autoren (Timko et al., 2005; Moggi et al., 2004; Schneider et al., 2009; Miller et al., 2002; Carroll, 1996) kognitiv behaviorale Ausrichtungen, vorwiegend für den Erhalt der Abstinenz und die Rückfallprävention. Auch die unter Kapitel sieben beschriebenen Therapieformen zur Behandlung von Doppeldiagnosen greifen mehrheitlich auf verhaltenstherapeutische Techniken zurück. Anhand einer Studie von Moggi et al. (2010; vgl. auch Schneider et al., 2009) wird eine rein kognitiv-behaviorale Ausrichtung jedoch in Frage gestellt, da diese vermehrt zu emotionalem Stress führen kann. Zwei Experten betonen die Wichtigkeit einer gemeinsamen Sprache beziehungsweise einer gemeinsamen Haltung im Team. Ein Experte ergänzt, dass nicht die Technik das zentrale Element darstellt, sondern dass das Individuum als Mensch ernst genommen wird. Ein konsistenter, kohärenter und für alle Beteiligten verständlicher Rahmen wird auch in der Literatur als wirksam in der Therapie von Persönlichkeitsstörungen angesehen (Bateman et al., 2000). Die Abteilung A5 arbeitet nach psychodynamischen Gesichtspunkten, bei der die Bearbeitung der Beziehung im Zentrum steht, wobei strukturorientierte Verfahren wie auch kognitiv-behaviorale Elemente als Ergänzungen hinzugezogen werden.

Ein Experte arbeitet mit der Gruppe und betont deren förderlichen Charakter in Bezug auf die Remission aller Beteiligten. De Groot et al. (2003) folgern anhand ihrer Studie, dass Behandlungen in therapeutischen Gemeinschaften Sozialisationsprozesse in Schwung bringen, wobei diesbezüglich auch das Selbstkonzept involviert ist und somit Selbstbe-

wusstseinsteigerungen erfolgen können. Studien zeigen, dass der psychosoziale Funktionsgrad von Menschen mit Doppeldiagnosen häufig problematisch ist (Brooner et al., 1997; Nace et al., 1991; Rutherford et al., 1994; Dimeff et al., 2008; Driessen et al., 1998), was schlussfolgern lässt, dass anhand der gemeinsamen Arbeit der Gruppe ein wichtiges Lernfeld entstehen kann. Verschiedene Gruppenangebote existieren auch auf der Abteilung A5.

### **Zu Rahmenbedingungen der Therapie**

Alle Fachpersonen sehen die Langzeitausrichtung der Therapie als sinnvoll an. Eine Expertin beschreibt die in ihrer Institution diesbezüglich eingeführte Variabilität (5- oder 12-wöchiges Programm). Timko et al. (2005) empfehlen die Therapiedauer individuell anzupassen. Längerfristige Behandlungen scheinen effektiver zu sein (Moggi et al., 2010; Moggi et al., 1999; Ouimette et al., 1999, Mueser et al., 2003; Verheul, 2007b). Dies bestätigt auch die Expertin der KPD Liestal, die in der zwölfwöchigen Therapie mehr Remissionspotential sieht als in der kürzeren, fünfwöchigen Variante.

Fixe und tragende Grundhaltungen, vor allem zu Beginn, werden von drei Fachpersonen als wichtig erachtet. Im haltenden Rahmen der Abteilung kann die Klientel die Erfahrung machen, mit festen Strukturen und damit verbundenen Einschränkungen zurechtzukommen. Im weiteren Therapieverlauf soll die Behandlung mehr von Individualität geprägt sein. Alle Fachpersonen erachten das flexible Eingehen auf die Bedürfnisse jedes Individuums als notwendig. Für das Erreichen von mehr Flexibilität empfiehlt ein Experte Transparenz in der Gruppe, so dass die einzelnen Mitglieder von den Problemen der anderen wissen und somit auch individuelle Vereinbarungen mittragen können (siehe auch unter Kapitel Personal in dieser Diskussion). Die Diskussionen, die im Team zum Thema Flexibilität und Rigidität entstehen, lassen laut einem Experten gut erkennen, wo ein Individuum in der Therapie steht, woraus therapeutische Massnahmen abgeleitet werden können. Feste Therapievereinbarungen (Timko et al., 2005; Thomasius, 2004) sowie individuelle Behandlungseinheiten werden auch in der Literatur empfohlen (Verheul, 2007b; Thomasius, 2004), Schweiger et al. (2009) sehen in indikationsbezogenen Therapieangeboten besondere Vorteile für Individuen mit spezifischen Persönlichkeitsstörungen.

### **Praxis des Managements: Implementierung klinischer Leitlinien**

#### **Zu Implementierung klinischer Leitlinien**

Therapie mit Doppelfokus wird von drei Fachpersonen als unerlässlich gesehen. Laut Literatur führt das Ignorieren einer Suchterkrankung kaum zum Erfolg (Thomasius, 2004). Burnam et al. (2006) beschreiben negative Auswirkungen auf den Therapieerfolg von Menschen mit Doppeldiagnosen, wenn nur eine Störung behandelt wird. Die Behandlung der vielfältigen Symptomatik von Persönlichkeitsstörungen bei Suchtpatienten und –patientinnen kann aufgrund der erhöhten potentiellen Mortalität dieser Klientel lebensrettend sein (Fidel et al., 2006). Sekundäre Persönlichkeitsstörungen werden als Hauptvulnerabilitätsfaktoren für Rückfälle diskutiert (Mueser et al., 2001). Bei im Vordergrund ste-

hender Persönlichkeitsstörung empfiehlt sich ebenfalls das Angehen der sekundären Suchterkrankung, da diese Einfluss auf die Motivation, die kognitiv-emotionale Stabilität sowie die Therapieteilnahme nehmen kann. Deutlich sprechen sich Ekleberry (2009) und Verheul (2007b) für das integrierte Angehen beider Störungsbilder sowie derer Wechselwirkungen aus.

Die Zuteilung in eine Suchtfachklinik oder Psychiatrie soll laut einem Experten gut bedacht sein, da dies zu unterschiedlicher Gewichtung der einzelnen Krankheitsbilder führen kann. Zwei Fachpersonen erwarten eine Entzugsbehandlung vor Eintritt. Wichtig ist laut einem Experten, dass man die im Vordergrund stehende Erkrankung ernst nimmt und ihr die passende Behandlung zukommen lässt. Eine stationäre Behandlung sei indiziert, wenn eine psychische Störung von sozialer Instabilität begleitet wird, eine Therapie in der Suchtklinik bei vordergründiger Suchterkrankung (Thomasius, 2004; Brems et al., 1997). Die Abteilung A5 hat im Therapiekonzept die klare Bestimmung, dass die Klientel vor Eintritt einen Entzug gemacht haben muss. Dieser erfolgt in spezialisierten Institutionen.

### **Zu Case-Management**

Die Fachpersonen aus der Psychiatrie sprechen von je einer therapeutischen Fachperson, die für jeweils einen Patient bzw. eine Patientin zuständig ist. Ein Experte betont, dass es von Vorteil sei, wenn eine Bezugsperson sowohl im stationären, als daran anschliessend auch im ambulanten Bereich zur Verfügung stehen würde. Auch Timko et al. (2005) und Brems et al. (1997) empfehlen ein lang andauerndes und intensives Case-Management, wobei es vorteilhaft sei, wenn sich eine spezifische therapeutische Person für einen Patienten oder eine Patientin während des gesamten Behandlungsprozesses verantwortlich zeigt.

### **Zu therapeutischer Arbeitsbeziehung**

Alle Fachpersonen heben eine vertrauensvolle, echte und für alles Platz bietende Beziehung als zentralen Faktor hervor, was in der Literatur bestätigt wird. Dabei vermerken zwei Fachpersonen, dass durch das ich-syntone Krankheitserleben das Verhältnis zwischen zu therapierender und therapeutischer Person erschwert werden kann. Wie im nächsten Kapitel unter der Überschrift „Therapiemodule“ erläutert wird, ist die psychoedukative Arbeit gerade bezüglich dieses Punktes von grosser Wichtigkeit (Schuhler et al., 2006). Psychoedukative Elemente werden im Konzept der Abteilung A5 nicht explizit erwähnt.

Alle Fachpersonen weisen darauf hin, dass Übertragungsphänomene einer genauen Überwachung und Thematisierung bedürfen, um das Therapieverhältnis in Balance zu halten. Ein Experte hebt hervor, dass die Objektbeziehungstheorie des kernbergschen Modells geeignet ist, um Spaltungsphänomene zu erkennen. Auch in der Literatur finden sich Angaben zur Beziehung zwischen zu therapierender und therapeutischer Person, die sich bei Menschen mit DD schwierig zeigen kann (Verheul, 2007b, Berthel, 2003), weshalb Verheul (2007b) mit Nachdruck empfiehlt die Gegenübertragungsgefühle nicht auszuleben sondern die Bedürfnisse eines Individuums zu befriedigen oder mindestens zu dulden.

Ausserdem erscheint eine dialektische Haltung angebracht, wie sie z.B. in der DBT-S angewendet wird (Kapitel 7.2). Mehrere Autoren (Moggi et al., 2010; Thomasius, 2004) bemerken, dass eine gute Arbeitsallianz die Therapieinvolviertheit, die Veränderungsmotivation sowie den Therapieerfolg positiv beeinflusst. Ein Experte empfiehlt mit dem Ansatz der „Über-Ich-Entlastung“ zu arbeiten, der vorwegnehmend auf einen allfälligen Rückfall vorbereitet und bei dessen Eintreten Entlastung anbietet. Ein Experte aus dem Bereich der Suchttherapie hebt die Beziehung zwischen Klientel und therapeutischen Personen als zentrales Element in der Bearbeitung der Persönlichkeitspathologie hervor. Da Persönlichkeitsstörungen auch mit Beziehungsstörungen einhergehen (Berthel, 2003) scheint dieser Ansatz sinnvoll zu sein. Der Abteilung A5 sind die Spaltungstendenzen, die die Klientel im therapeutischen Team hervorrufen kann, bewusst. Dementsprechend räumen sie für Klärungsgespräche zur Verhinderung von Spaltungen genügend Raum ein. Die therapeutische Arbeitsbeziehung nimmt auf der Abteilung einen wichtigen Stellenwert ein.

### **Service: Assessment und Diagnostik**

#### **Zu Therapiemodule**

Ein Experte sieht die Vispassana-Meditation als zentral in der Bearbeitung der Süchtigkeit, da durch diese Arbeit die eigene Süchtigkeit erkannt werden und ein betroffenes Individuum erleben kann, dass Bedürfnisse und Aversionen kommen aber auch wieder gehen. Es finden sich im Überblick zu Suchttherapien keine spezifischen Empfehlungen zu Formen der Meditation in der Bearbeitung der Süchtigkeit. Anhand der vorgestellten Modelle der Ätiologie von Doppeldiagnosen und den dargestellten möglichen Gründe für die Einnahmen von Suchtmitteln (Kapitel 4), lässt sich jedoch ableiten, dass durch das Erleben, dass Aversionen vorübergehend sind und diese nicht sofort durch die Substanzeinnahme verändert werden müssen, ein positiver Einfluss auf die Suchterkrankung möglich ist. Interessierten Lesern und Leserinnen sei folgender Artikel zur Anwendung der Meditation empfohlen: „Verlangen, Süchtigkeit und Tiefensystemik“ von Dr. Urban M. Studer (1998).

Ein Experte sieht Psychoedukation als förderliches Element, die einerseits im kognitiven Bereich Verwendung findet, um auf Gefahren aufmerksam zu machen, andererseits auch als drittes Element in der Beziehung zwischen zu therapierender und therapeutischer Person Platz findet, wo sie zur Verhinderung von Machtkämpfen beitragen kann. Psychoedukation als wichtiges Element in der Behandlung findet sich auch in der Literatur (Fiedler, 1996b; Petermann, 1997; Schmitz et al., 2000; Schuhler et al., 2006). In der Evaluation des Kognitiv-Verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms (Kapitel 7.1) zeigen sich wichtige therapeutische Wirkfaktoren im psychoedukativen Teil, was den Schluss zulässt, dass Psychoedukation ein zentrales Element in der Therapie sein soll. Alle vorgestellten Therapiekonzepte für Doppeldiagnosen haben dieses Element in ihren Konzepten integriert. Wie

bereits erwähnt, finden sich keine diesbezüglich spezifischen Hinweise im Konzept der Abteilung A5.

### **Zu Motivationsarbeit**

Drei Fachpersonen verlangen für die Therapie genügend Eigenmotivation. Für die diesbezügliche Abklärung soll laut einem Experten genügend Zeit eingerechnet werden, so dass die Entscheidung ein Gewicht erhält. Ein Experte berichtet von mehreren Bewerbungshürden, die eine an einer Therapie interessierte Person meistern muss, was die intrinsische Motivation fördere. Die Expertin führt aus, dass der Hauptauftrag des Teams nicht die Motivationsförderung sei. Bei einem Experten werden in der Institution alle Mitarbeitenden in Motivationaler Gesprächsführung ausgebildet. Von Seiten der Suchttherapieforschung liegen Empfehlungen für motivationale Gesprächsführung vor (Kienast et al., 2009; Carroll et al., 2006). Verheul (2007b) empfiehlt dieses Element auf alle Fälle während der Eingangsphase zu nutzen, bei Indikation auch im gesamten Behandlungsprozess. Time-Outs zur Motivationsüberprüfung werden von drei Institutionen angeboten. Wiederum sieht der einer der Experten viel Potential zur Motivationsförderung in der Gruppe der Klientel und deren gegenseitigen Unterstützung in Krisensituationen. In der Literatur finden sich allgemein Empfehlungen zu Interventionen bezüglich der Motivation (Timko et al., 2005; Thomasius, 2004; Verheul, 2007b; Mueser et al., 2003). Im Therapiekonzept der KPD finden sich konkrete Hinweise zur nötigen Therapiemotivationsbereitschaft in den Aufnahmekriterien, wobei keine spezifischen Module zur Motivationsförderung erwähnt werden.

### **Zu Angehörigenarbeit**

Ein Experte empfiehlt systemische Interventionen zur direkten und indirekten Arbeit mit Angehörigen. Der Literatur können Empfehlungen zur Arbeit an familiären Gewohnheiten und Interaktionsmodi, welche eine Suchterkrankung ungünstig beeinflussen können, entnommen werden (Thomasius, 2004). Timko et al. (2005) empfehlen Angehörige über Ätiologie, Behandlung und Prognosen zu informieren. Tragende soziale Beziehungen werden von allen vier Fachpersonen als unterstützender Faktor gewertet. Da Persönlichkeitsstörungen oft mit Störungen in Beziehungen einhergehen (Berthel, 2003), kann hypothetisiert werden, dass Menschen mit tragenden sozialen Beziehungen einen geringeren strukturellen Störungsgrad haben und somit prinzipiell weniger krank sind, was selbstredend in der Genesung einer Erkrankung hilfreich ist. Die Abteilung A5 weist konkret auf den Einbezug des Umfeldes in Bezug auf interne und externe Einbindung und Kontinuität hin.

### **Zu Rehabilitation**

Drei Fachpersonen sehen eine gute Austrittsplanung als wichtigen Faktor an. Der vierte Experte arbeitet vorwiegend im Substitutionsbereich, in dem die Austrittsplanung nicht das zentrale Thema ist, da die Klientel häufig über Jahre eingebunden ist. Suchtbetroffene Menschen müssen laut der Expertin nach Abschluss der Therapie zwingend eine diesbe-



zügliche Gruppe besuchen. Ein Experte beschreibt, dass die Begleitung in die Rehabilitation immer wichtiger wird, was von einem Experten bereits durchgeführt wird. Gestufte Übergänge sowie das Ausrichten der Austrittsphase auf Eigenverantwortung werden von einem Experten als hilfreich gesehen. Aufgrund der erhöhten Gefahr der Rückfälligkeit bei Menschen mit DD wird der weiterführenden ambulanten Therapie ein grosser Stellenwert zugeschrieben (Thomasius, 2004). Laut der Expertin ist die Austrittsplanung ein fest verankertes klinikumfassendes Element der KPD Liestal. Im Konzept wird die individuelle Nachbetreuung vor Austritt sorgfältig geplant, wobei Wert darauf gelegt wird, den Kontakt zur äusseren Realität, im speziellen in späteren Behandlungsphasen, zu fördern.

### **Zu Diagnostik**

Der Diagnostik soll laut zwei Fachpersonen besonderes Augenmerk zukommen, da diese, wenn sie sauber gemacht wird, zur besseren Behandlungsplanung führe. Ein Experte empfiehlt Süchtigkeit im Jugendalter als Durchgangssyndrom zu betrachten und nicht unmittelbar eine diesbezügliche Diagnose zu stellen. Wie in Kapitel 6.3.3 ausführlich dargestellt, ist die Diagnostik bei Menschen mit dieser Art von Doppeldiagnosen ein wichtiges und viel diskutiertes Thema. Grundsätzlich sehen mehrere Autoren (Schuhler et al., 2006; Verheul, 2007b; Casillas et al., 2002) Vorteile in der dimensionalen Betrachtung, die einen ausgeglichenen therapeutischen Zugang ermöglicht, der sowohl ressourcen- als auch problemorientiert ist. Laut Verheul (2007b) können in der kategorialen Diagnostik wichtige diagnostische Informationen verloren gehen und Klassifikationsdilemmata resultieren. Die Einschätzung von Persönlichkeitsdimensionen bietet so einen wertvollen Ansatz zur differentiellen Indikation und Behandlungsplanung. Der Literatur kann entnommen werden, dass Persönlichkeitsstörungsdiagnosen bei Bestehen einer Suchterkrankung nur provisorisch gestellt werden sollen (Crouse et al., 2007) sowie der fortlaufenden Überprüfung bedarf (Brems et al., 1997). Wie in Kapitel vier ausgeführt, sind kausale Zusammenhänge zwischen Sucht- und Persönlichkeitspathologie nicht endgültig geklärt, was ebenfalls für eine regelmässige Überprüfung der Diagnosen spricht. Die Abteilung A5 hält im Konzept fest, dass die ersten zwei Therapiewochen der 12-wöchigen Therapie zur Diagnostik genutzt werden, so dass der Behandlungsfokus für jedes Individuum gebildet werden kann.

### **Zu Medikation**

Drei Experten weisen darauf hin, dass die Abgabe von Medikamenten förderlich für die Symptomverbesserung sein kann. Während einige Forschende aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen Medikamente als weniger effizient beschreiben (Binks et al., 2006) und die Abgabe derer nur „off label“ (Renneberg et al., 2010) und in Kombination mit Psychotherapie (Verheul et al., 2007) empfehlen, sehen Andere (Course et al., 2007; Ralevski et al., 2007; Coccaro et al., 1997) die Abgabe von Medikamenten als förderlich für die Verbesserung der Persönlichkeitsstörungs-Symptomatik. Die Suchtforschung empfiehlt die begleitende Gabe von Psychopharmaka (Kienast et al., 2009; Berthel, 2003). Medikation

wird im Klinikkonzept der Kantonalen Psychiatrischen Dienste Liestal als zusätzliche Unterstützung abgegeben, für somatische und pharmakologische Interventionen sehen sich die Ärzte und Psychologen verantwortlich.

### **Grundsätze: Enge Begleitung von Menschen mit Doppeldiagnosen**

#### **Zur äusseren Struktur**

Verhaltenskontrollen bezüglich der Abstinenz betrachtet die Expertin als unerlässlich. Drei Fachpersonen verlangen die Abstinenzeinhaltung. Zwei Experten schliessen diesbezüglich Verträge mit der Klientel ab, auf die man sich im Krisenfall laut einem Experten berufen kann. Timko et al. (2005) empfehlen ebenfalls regelmässige Drogen- und Alkoholtests und die klare Ausformulierung der Therapiebedingungen, was von Thomasius (2004) explizit hervorgehoben wird. Auch weitere Autoren (Brems et al., 1997; Bottlender et al., 2004; Moggi et al., 1999) empfehlen hoch strukturierte Behandlungssettings.

Ein zentraler Standort wird als förderlicher Faktor betrachtet, da die Klientel so die Möglichkeit erhält, in unmittelbarer Nähe zu Drogenquellen Abstinenz zu erlernen und zu erhalten. Diesbezüglich sind der Literatur keine Angaben zu entnehmen. Die Autorin schlussfolgert, dass durch einen zentralen Standort die Arbeit in der Rehabilitation vereinfacht werden kann, da die Thematik der grundsätzlichen Verfügbarkeit psychotroper Substanzen und der Umgang damit bereits in einem früheren Therapieschritt bearbeitet wird. In der KPD Liestal wird im Indikationsgespräch auf die Abstinenz von nicht-erlaubten Substanzen hingewiesen und die Konsequenzen bei unerlaubtem Konsum besprochen.

#### **Patienten- und Patientinnenvariablen**

Förderliche Eigenschaften sind laut den Fachpersonen eine erhaltene Realitätskontrolle sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion, eine wenigstens mässige Struktur sowie intrinsische Motivation. Menschen, die etwas zu verlieren haben, seien einfacher zu motivieren. Diese Variablen mögen wohl für alle an einer psychischen Störung leidenden Menschen als förderliche Faktoren gelten. Die Erfolgchancen in der Therapie sind besser, wenn die Persönlichkeitsstörung nicht zu stark ausgeprägt ist. Anhand der Forschungsliteratur kann gesagt werden, dass Menschen, die als weniger krank erlebt werden, bessere Chancen für die Remission aufweisen als Menschen, die bereits vor Behandlungsbeginn auf einem höheren Problemschwereniveau sind (Kapitel 5.1.1). Laut zwei Experten fördere massiver Leidensdruck in der Vorgeschichte die Motivation. Dies wird durch Verheul et al. (2007) bekräftigt, der postuliert, dass durch Symptome verursachter Stress als motivationaler Faktor gesehen werden kann. Zwei Fachpersonen mit psychiatrischem Kontext berichten von Vorteilen, wenn eine Suchterkrankung bereits vorbehandelt sei und das süchtige Verhalten einem Menschen nicht mehr als erstes zur Verfügung stehe.

Für Menschen mit sozialen Phobien oder Angststörungen kann es hilfreich sein, wenn sie sich trauen, in der Gruppe mitzuarbeiten. Gruppentherapien werden sowohl in der Sucht-

als auch der Persönlichkeitsstörungstherapie empfohlen (Kapitel 5.1. und 5.2), Verheul (2007b) empfiehlt jedoch, jedes Individuum einzeln bezüglich der Teilnahme an Gruppentherapien einzuschätzen, so dass Gefühle der Peinlichkeit und Angst vermieden werden können.

### **Ökonomie**

Der wirtschaftliche Druck kann laut einem Experten zu kreativen Neuerungen und fundierten Überlegungen führen, z.B. welcher Mensch was genau benötigt. Indikationsbezogene Therapieangebote werden im Literaturteil von verschiedenen Autoren besprochen und im Zusammenhang mit der Arbeit mit Menschen, die unter Doppeldiagnosen leiden, als wichtig erachtet (z.B. Schweiger et al., 2009). Wichtig ist laut einem Experten, dass weiterhin genügend Zeit und Angebote für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen existieren. Empfehlungen zur Arbeit mit Menschen, die in ihrer Persönlichkeit erkrankt sind, lassen alle darauf schliessen, dass Langzeitbehandlungen unumgänglich sind (Kapitel 6.3.1).

Ein Experte sieht förderliches Potential in ineinander greifenden Finanzierungssystemen von Suchtbehandlungseinrichtungen und Psychiatrien, mit deren Hilfe Netzwerkarbeit finanziert werden kann. Da die Behandlung von diesen Patienten und Patientinnen mit Doppeldiagnosen häufig längere Zeit in ambulanten Einrichtungen beansprucht denn in stationären Settings, empfiehlt er ebenfalls Netzwerkarbeit. Zudem wäre es laut ihm ideal, wenn die stationären Einrichtungen Service für die Ambulatorien betreiben würden. Ball (2007) sieht Bedarf für neue oder modifizierte Therapiemanuale, um den kognitiven, emotionalen und interpersonellen Problemen dieser Klientel gerecht zu werden. Mehrere Autoren (Drake et al, 2000; Darke et al, 2003; Mueser et al., 2003; Kienast et al., 2009) weisen auf die Bedeutsamkeit integrativen Arbeitens und der Zusammenführung psychiatrischer und suchtbezogener Ansätze eines klinischen Teams hin. Die von diesem Experten vorgeschlagene Finanzierung von Netzwerkarbeit scheint diesbezüglich ein geeigneter Ansatz zu sein.

## 13.2.2 Diskussion hinderlicher Faktoren unter Einbezug der Literatur

### **Organisation: Stellenmanagement und Behandlungsorientierung**

#### **Personal**

Die oftmals schwierige Vergangenheit dieser Klientel kann laut zwei Fachpersonen zur Ansammlung von Emotionen in den therapeutischen Teams führen. Forschungsergebnisse aus den Bereichen der Sucht wie auch der Persönlichkeit zeigen auf, dass Menschen mit Doppeldiagnosen häufig grössere Angstlevels, mehr antisoziales Verhalten, suizidale Absichten (van den Bosch et al., 2001; Westermeyer et al., 2005; Dimeff et al., 2008), problematischere Vergangenheit bezüglich Schweregrad der Suchterkrankung sowie dies psychosozialen Funktionierens (Brooner et al., 1997; Nace et al., 1991; Rutherford et al., 1994; Dimeff et al., 2008, van den Bosch et al., 2007) aufweisen, was mit den Aussagen

der Fachpersonen übereinstimmt. Zudem sind frühe Traumatisierungen bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ein häufiges Thema (Thomasius, 2004). Die Evaluationen der DBT-S, wie sie in Kapitel 7.2 aufgeführt werden, zeigen, dass Therapierende weniger Verunsicherung im Umgang mit der Klientel und weniger Burn-Out-Gefährdungen aufweisen. Bei fehlender Reflexion der Emotionen im Team können sich spaltende Auseinandersetzungen ergeben, insbesondere dann, wenn die Klientel sich auf dem strukturellen Niveau der Borderline Persönlichkeit befindet. Die Abteilung A5 der KPD Liestal weist im Therapiekonzept explizit auf diesen Umstand hin.

Die Expertin bemängelt die fehlende fachliche Unterstützung für das Team. Wie in Kapitel 6.3.1 ausgeführt, ist gut trainiertes Personal (Timko et al., 2005), das breite und fundierte Ausbildungen aufweist (Verheul, 2007; Thomasius, 2004) und in beiden Disziplinen geschult ist (Flynn et al., 2008), zentral für die Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnosen. Dies führt zur Schlussfolgerung, dass fachliche Unterstützung zur Anleitung oder Weiterbildung wichtig ist. Die Expertin weist auf mangelnde therapeutische Tiefe sowie programmatische Abhandlungen der Verhaltenstrainings bei Leitung durch das Pflegepersonal hin. Anhand breiter und fundierter Ausbildungen könnte das Pflegepersonal möglicherweise vermehrt therapeutische Tiefe und Flexibilität in den Programmen erreichen.

### **Theoretische Orientierung**

Ein Experte bemerkt, dass noch nicht geklärt sei, welche Therapieart für welchen Menschen am besten geeignet ist. Dieser Punkt trifft, wie in Kapitel 5.1 und 5.2 aufgeführt, sowohl auf spezifische Therapien für Suchterkrankungen als auch Persönlichkeitsstörungen zu. Für duale Erkrankungsbilder zeigt sich die Datenlage noch magerer. Weitere Forschungsarbeit ist diesbezüglich dringend notwendig. Vorteilhaft ist, dass sich verschiedene Institutionen vermehrt mit dieser Art DD beschäftigen.

Ein Experte wünscht, dass die Terminologie der Objektbeziehungstheorie wieder vermehrt Anwendung findet, da sich ihm zufolge damit Spaltungsphänomene sowie das Agieren der Klientel besser erklären und handhaben lasse. Mit Blick auf das Kapitel 5.1 wird ersichtlich, dass in der Suchtarbeit vermehrt verhaltenstherapeutische Elemente zum Tragen kommen, während Kapitel 5.2 den Schluss zulässt, dass in der Arbeit mit Menschen, die an einer Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, vermehrt psychodynamische Ansätze im Vordergrund stehen sollten. Da Persönlichkeitsstörungen auch Störungen der Beziehungen mit sich bringen (Berthel, 2003; DSM-IV, 2004), schlussfolgert die Autorin, dass objektbeziehungstheoretische Ansätze sinnvoll für das Verständnis gegenüber der Klientel sind.

### **Rahmenbedingungen der Therapie**

Zwei Fachpersonen merken an, dass das individuelle Eingehen auf die Bedürfnisse eines Individuums durch die auf Gerechtigkeit plädierende Gruppe eingeschränkt werde. Um dieser Empfindung von Ungerechtigkeit entgegenzuwirken und trotzdem flexibel arbeiten zu können, empfiehlt ein Experte die individuellen Probleme der Klienten und Klientinnen

in der Gruppe transparent zu machen und zu besprechen, wodurch ein grösseres gegenseitiges Verständnis erreicht werden kann und individuelle Therapiefahrpläne von allen akzeptiert werden können. Auch durch psychoedukative Elementen können individuellere Therapiefahrpläne gerechtfertigt werden.

## **Praxis des Managements**

### **Implementierung klinischer Leitlinien**

Die Expertin äussert, dass es ihr schwer fällt zu sagen, welcher Stellenwert der Suchterkrankung in der Behandlung zukommen soll. Wie in Kapitel 6.3.2 ausgeführt, belegt die Forschung bis heute nicht, wie suchtspezifisch die Behandlung komorbid erkrankter Menschen ausgerichtet sein soll (Thomasius, 2004). Jedoch kann den weiteren Ausführungen entnommen werden, dass das Ignorieren der Suchterkrankung keinesfalls der richtige Weg sein kann. Aufgrund der sich gegenseitig bedingenden Erkrankungen sowie des Einflusses des Suchtmittelkonsums auf kognitive Prozesse, Bewältigungsfertigkeiten und Rückfallrisiko ist der Doppelfokus auf beide Erkrankungen wichtig. Verheul (2007b) empfiehlt gleichzeitig die Symptomatologie, die Ätiologie sowie die Wechselwirkungen der Erkrankungsbilder ins Zentrum zu rücken. Laut Kipp et al. (2000) kann die schädliche Substanz-einnahme zu regressiven Veränderungen der Persönlichkeit führen, welche in der Folge labilisierende Effekte auf die Interaktionsfähigkeit sowie die Selbststeuerung haben.

Die Entscheidung für eine Institution kann mit dem Stellenwert des einzelnen Krankheitsbildes in Verbindung gebracht werden. Gehe man in eine Suchthilfeinstitution, bestehe die Gefahr, dass die Persönlichkeitsstörung zu wenig Beachtung erhält, umgekehrt dasselbe, wobei es laut einem Experten in der Folge zum Vermeiden des Vordergründigen kommen kann. Wie Kapitel 6.3.2 entnommen werden kann, ist eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Einrichtung indiziert, wenn die psychische Erkrankung von sozialer Instabilität begleitet wird, eine Behandlung in einer suchtbezogenen Einrichtung dann, wenn die Suchterkrankung im Vordergrund steht. Nur ist die Frage, welche Erkrankung tatsächlich im Vordergrund steht nicht immer restlos aufzuklären (vgl. Kapitel 4.4).

### **Therapeutische Arbeitsbeziehung**

Der Hinweis eines Experten bezüglich der Gefahr, dass Menschen über ihre Diagnose etikettiert und in der Folge abgewertet werden, findet kein spezifisches diesbezügliches Pendant in der erarbeiteten Forschungsliteratur. In Kapitel 3 wird jedoch darauf hingewiesen, dass therapeutische Fachpersonen und Institutionen, dabei vor allem psychodynamisch orientierte, traditionell Menschen mit komorbiden Suchterkrankungen aus ihren Programmen ausschliessen, da diese Menschen über weniger Veränderungspotential verfügen würden, weniger gut analysiert werden könnten und überdies häufig frühzeitig die Therapie abbrechen würden. Wie in Kapitel 5.1.1 hervorgehoben wird, treffen diese Punkte jedoch nicht auf alle von einer Doppeldiagnose betroffenen Menschen zu. Im Gegenteil finden

sich auch positive Aussagen zur Therapie mit dieser Klientel. Daraus lässt sich schliessen, dass die Gefahr der „Voretikettierung“ besteht und ernst genommen werden muss.

Ein Experte bemängelt, dass eine fehlende gemeinsame Sprache, insbesondere die der Objektbeziehungstheorie, dazu führen kann, dass Spaltungen nicht erkannt werden, so dass das Agierpotential schwer unter Kontrolle gehalten werden kann. Agiert das therapeutische Team im schlimmsten Fall mit, kann es zum Verstossen eines Klienten/einer Klientin kommen, was in der Folge zu Retraumatisierung führen kann. Wie bereits unter dem Titel „Theoretische Orientierung“ ausgeführt, eignet sich die Objektbeziehungstheorie für die Bearbeitung der Persönlichkeitsstörung. Da die psychologischen Mechanismen der Spaltung und des Agierens Teil von Persönlichkeitsstörungen sind, bietet sich diese Methode an. Neben den in Kapitel 5 dargestellten wichtigen verhaltenstherapeutischen Modulen wäre ein allgemeines Verständnis der Objektbeziehungstheorie sinnvoll. Persönlichkeitsstörungssymptome können zu interpersonellen Konflikten mit dem Behandlungsteam und in der Folge zu frühzeitigen Therapieabbrüchen führen (Ball et al., 2006). Berthel (2003) bestätigt dies und sieht emotionale Instabilität, die Mechanismen des Agierens sowie die Spaltungsmechanismen als besonders erschwerend in Therapie und Reintegration an.

### **Service: Assessment und Diagnosestellung**

#### **Therapiemodule**

Ein Experte bemerkt, dass seine Institution bei Suchterkrankungen nicht die passenden Therapiemodule zur Verfügung habe. Dieser Punkt lässt sich wohl auf die in Kapitel 6.1 ausgeführte lange Trennung zwischen Suchtbehandlungsinstitutionen und psychiatrischen Einrichtungen erklären. Der Ruf nach integrativen Behandlungsmodellen ist gross, jedoch nicht abschliessend erforscht, und auch in Übersichtsarbeiten kommen die Autoren nicht zu definitiven Schlüssen, welche Therapie am wirkungsvollsten ist. Wichtig ist jedoch, wie in Kapitel 6.3.2 ausgeführt, dass beide Erkrankungsbilder in der Therapie bearbeitet werden.

Gruppentherapien können sich laut einem Experten problematisch bei Menschen mit Angststörungen oder sozialen Phobien zeigen. Verheul (2007b) hat diese Schwierigkeit ebenfalls beschrieben und weist darauf hin, dass man bei jedem Individuum individuell überprüfen sollte, ob eine Indikation für Gruppentherapie besteht und von einem Individuum getragen werden kann. Derselbe Experte, der diese Schwierigkeit benennt, sieht aber gerade auch dann eine Chance für von sozialen Phobien oder Angststörungen betroffenen Klienten und Klientinnen, wenn diese den Mut aufbringen, sich in der Gruppe zu öffnen.

#### **Angehörigenarbeit**

Zwei Fachpersonen führen nicht tragende soziale Beziehungen als Erschwernis in der Behandlung an. Der Experte sieht in diesem Fall auch die Variante einer Kontaktsperre zum Schutz eines sich in Therapie befindenden Individuums. Nicht tragende soziale Beziehungen sind bei jedem Krankheitsbild und auch bei gesunden Menschen ein schwieriges The-

ma und können sich hinderlich auf die (Weiter-)Entwicklung eines Individuums auswirken, so dass die vorgeschlagene Kontaktsperre sinnvoll sein kann, damit sich der Patient/die Patientin vermehrt auf den eigenen Prozess konzentrieren kann. Ein Experte sieht in, zu Therapiebeginn neu aufkeimenden Liebesbeziehungen, die Gefahr, dass die damit verbundenen Gefühle und Gedanken von der eigenen Problematik ablenken. Einen weiteren schwierigen Punkt bei Liebesbeziehungen sieht er darin, wenn sich zwei von einer Suchterkrankung betroffene Individuen zusammentun. Es wurde keine Literatur miteinbezogen, die sich spezifisch mit Liebesbeziehungen im Kontext der Therapie befassen würde. Es scheint jedoch sinnvoll zu sein, dass sich ein erkrankter Mensch in erster Linie auf sich selbst konzentrieren kann, wenn er oder sie sich entschieden hat, eine tief greifende Problematik des eigenen Lebens in Angriff zu nehmen.

### **Rehabilitation**

Zwei Experten beobachten häufig Rückfälle in Übergangsphasen oder zum Zeitpunkt, zu dem neue Perspektiven für die Zeit nach der Therapie entwickelt werden sollen. Sicherlich sind dies zwei kritische Zeitpunkte in der Therapie. Wie in Kapitel vier mehrfach ausgeführt, können psychotrope Substanzen funktionalisiert werden, um mit unerträglichen Spannungen fertig zu werden (Thomasius, 2004). Zudem wird vermutet, dass sich Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung auf einem höheren Problemschweregrad befinden und trotz grosser Fortschritte in der Therapie für Rückfälle anfälliger sind als Menschen ohne Persönlichkeitsstörungen (van den Bosch et al., 2007; Darke et al., 2005). Dies würde erklären, warum Menschen in solchen Übergangsphasen rückfällig werden.

### **Diagnostik**

Zwei Fachpersonen beobachten in Bezug auf Menschen mit Doppeldiagnosen häufig unsaubere Diagnostik, wodurch im Hintergrund stehende Problematiken übersehen werden können. Wie in Kapitel 4 dargestellt, gibt es unterschiedliche Entstehungswege von Doppeldiagnosen, und die Diagnostik stellt ein schwieriges Unterfangen dar. Crouse et al. (2007) weisen explizit darauf hin, dass eine Suchterkrankung Persönlichkeitszüge verstärken oder verdecken kann. Wie Kapitel 4.1 aufgezeigt wird, stellt sich bei Menschen mit einer primären Suchterkrankung generell die Frage, ob Symptome einer Persönlichkeitsstörung als reelles Krankheitsbild diagnostiziert werden sollen oder ob sie Durchgangssyndrome darstellen. Laut DSM-IV (Kapitel 2) darf eine Persönlichkeitsstörung nur dann diagnostiziert werden, wenn die Verhaltensmuster bis in die Adoleszenz oder das frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen sind. Die Einschätzung dieses Kriteriums wird jedoch dann erschwert, wenn ein Mensch bereits seit der Jugend Substanzen konsumiert. Häufig suchen Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung erst dann eine Therapie auf, wenn schwerwiegende komorbide Achse-I-Störungen auftreten (Schweiger et al., 2009). Abschliessend soll erwähnt werden, dass für die Diagnose z.B. einer Borderline Persönlichkeitsstörung sehr viele Kombinationen der verschiedenen Symptome möglich sind, was zu

völlig unterschiedlichen Symptomprofilen innerhalb dieser Diagnosekategorie führen kann. Langzeitkonsum kann laut einem Experten zu irreversiblen neuronalen Veränderungen führen. Dieser Aspekt wird in der vorliegenden Arbeit nicht explizit ausgeführt, in Kapitel 4.2 wird aber ersichtlich, dass neuronale Faktoren in dem Suchtverhalten eine wichtige Rolle spielen können.

### **Medikation**

Ein Experte hebt hervor, dass man die Abgabe von Medikamenten dann mit Vorsicht angehen soll, wenn ein Patient oder eine Patientin in seiner bzw. ihrer Suchtgeschichte Medikamente missbräuchlich eingesetzt hat. Wie andere Experten bereits ausführten, bleiben suchterkrankte Menschen auch nach einem Entzug vom Charakter her weiterhin süchtig, weshalb die Abgabe von Medikamenten tatsächlich mit Vorsicht gehandhabt werden muss.

### **Äussere Struktur**

Ein Experte bemängelt, dass die Thematiken des Substanzmissbrauches und der Sexualität aus dem Klinikalltag ausgeschlossen sind. Diese Thematik erscheint äusserst wichtig und zeigte sich während langer Zeit in Bezug auf Suchterkrankungen sehr deutlich, wie Ausführungen in der Einleitung dieser Arbeit aufzeigen. Ein Experte weist darauf hin, dass Rückfälle die Therapiefortsetzung gefährden. Diesbezüglich empfehlen Experten, dass die Rahmenbedingungen der Therapie nach einem Rückfall wieder gefestigt werden und dass die therapeutischen Bezugspersonen Verständnis für das Gegenüber aufbringen.

### **Patienten- und Patientinnenvariablen**

Von den Fachpersonen, die psychiatrische Abteilungen für Persönlichkeitsstörungen führen, wird der Einfluss komorbider Suchterkrankungen auf Outcome und Drop-Out als ungünstig charakterisiert. Die Fachpersonen beschreiben, dass die von einer Suchterkrankung betroffene Klientel trotz Entzug weiterhin einen süchtigen Charakter hat und bei schwierigen Themen ausweicht, in dem sie wieder Substanzen einnehmen. Dies kann in der Folge die Therapiemotivation gefährden. Wie in Kapitel 2.3 ausgeführt, weisen Suchtmittel häufig eine euphorisierende Hauptwirkung auf, die unangenehme Gefühlszustände verbessern. Auch in Kapitel 4.2 und 4.5 werden Mechanismen beschrieben, wie süchtige Menschen sich anhand der Einnahme von Substanzen selbst zu helfen versuchen. Die Aussagen der Fachpersonen findet also ihr Gegenstück in den aufgeführten Erkenntnissen und scheinen ein wichtiger zu beachtender Faktor in der Therapie zu sein. Ein Experte weist darauf hin, dass es durch die verlangte Abstinenz und somit das Wegfallen des von der Klientel als letzten selbstbestimmt empfundenen Bereich zu Identitätsirritationen kommen kann. Wichtig ist zu beachten, dass die Süchtigkeit ein Eigenleben entwickeln kann und dass sich die Störungsbilder gegenseitig bedingen können. Der in dieser Aussage benannte Teufelskreislauf bedarf auch laut den erarbeitenden Grundlagen dieser Arbeit genauer Beachtung.

Menschen, die von einer Persönlichkeitsstörung betroffen sind, wollen laut der Expertin nicht unbedingt etwas verändern. Fehlende Krankheitseinsicht gefährdet die Therapiemoti-



vation. Hierzu lässt sich aus der Literatur ableiten, dass psychoedukative Elemente eine wichtige Unterstützung zur Erkennung der eigenen Erkrankung sein könnten. Häufig würden Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung Hilfe suchen, diese bei Erhalt laut einem Experten jedoch ablehnen oder zerstören. Vor allem bei Menschen mit einer Borderline-Erkrankung kann dies anhand der „Schwarz-Weiss“-Einteilung gut erklärt werden. Menschen mit schweren strukturellen Defiziten sind laut einer Expertin nur schwer in der Therapie zu halten. Die Borderline und Paranoide Persönlichkeitsstörung werden als Prädiktoren für frühzeitige Therapieabbrüche gesehen (Miller et al., 2001; Bornovalova et al., 2007; Budman et al., 1996). Laut de Groot et al. (2003) tendieren Menschen mit mehr Symptomen bei Therapiebeginn eher zum Drop-Out. Mehr und schwerere Symptome sind bei Menschen mit schweren strukturellen Defiziten zu erwarten, weshalb die Aussage der Expertin aus Sicht der erarbeiteten Grundlagen bestätigt werden kann.

### **Ökonomie**

Der Einfluss der Wirtschaft stellt laut einem Experten und der Expertin Therapiebedingungen in Frage, weil zur Verhinderung von Unterbelegungen möglicherweise flexibler auf die Klientel eingegangen wird, als es hilfreich ist, um sie so in der Behandlung zu halten. Ein Experte weist darauf hin, dass aufgrund des externen Drucks verschiedene Suchtinstitutionen zu Konkurrenten werden, wobei ein Zusammenarbeiten viel förderlicher wäre. Er bemängelt, dass Menschen, die abstinent leben möchten, immer weniger Unterstützung finden und eher Substitutionsprogrammen zugeteilt werden. Laut einem Experten schränken die knappen finanziellen Ressourcen die therapeutische Individualität ein. Ein Experte bemerkt, dass unterschiedliche Denksysteme der einzelnen Kostenträger zu Unverständnis untereinander führen können, worunter am Ende die Klientel zu leiden habe. In der vorliegenden Literatur wird vor allem die lange Trennung zwischen Suchthilfeinstitutionen und Psychiatrien besprochen (Kapitel 5 und 6). Diese hat dazu geführt, dass unterschiedliche Denksysteme entstanden sind, die, wie von Drake et al. (2000) oder Mueser et al. (2003) betont, besser miteinander verbunden werden sollten.

### 13.3 Klinische Implikationen

Wie in dieser Forschungsarbeit immer wieder hervorgehoben wird, ist die Behandlung von Menschen mit der dualen Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung eine grosse Herausforderung, der die unterschiedlichen Institutionen in der Vergangenheit häufig nicht gerecht werden konnten. Wie in Kapitel 6.1 beschrieben, ist der Bedarf an neuen integrativen Behandlungskonzepten gross, was sich anhand der hohen Prävalenzraten (Kapitel 3) zeigen lässt. Explizit führen Brems et al. (1997) aus, dass nur ca. 20% aller Erkrankungen in ihrer reinen Form auftreten, während ca. 80% in Komorbidität mit mindestens einer weiteren Störung erscheinen, wobei laut Ball (2007) die duale Erkrankung von Persönlichkeitsstörung und Sucht die am häufigsten gestellte Diagnose darstellt. Daher soll an dieser Stelle der wichtige Schritt der Öffnung einer psychiatrischen Abteilung für Menschen mit komorbiden Suchtproblematiken, wie dies auf der Abteilung A5 der Kantonalen Psychiatrischen Dienste in Liestal gemacht wird, hervorgehoben werden. Am Therapiekonzept der Abteilung A5 wird ersichtlich, dass viele wichtige Punkte in der Behandlung von Menschen mit der genannten dualen Erkrankung erkannt und angemessen betrachtet werden (siehe Diskussion der Förderfaktoren). Einige fehlende oder unklare Punkte, die teilweise auch explizit von der leitenden Psychologin der Abteilung angesprochen werden, sollen in der Folge mit Empfehlungen ergänzt werden.

*Auf der Abteilung A5 wird vorausgesetzt, dass die Patienten und Patientinnen genügend Motivation mitbringen, weshalb diese nicht mehr speziell gefördert wird.*

In Empfehlungen für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen wird betont, dass Motivation zur Veränderung ein zu lernender Skill sei und daher nicht als Ausschlusskriterium gelten darf (Verheul et al., 2007). Daher werden motivationale Strategien (Thomasius, 2004; Timko et al., 2005) wie motivierende Gesprächsführung oder Assessment-Methoden (Verheul et al., 2007) sowie motivationsfördernde Gruppeninterventionen (Schneider et al., 2009) empfohlen. Aufgrund der hohen Drop-Out-Raten in der vorliegenden Studie wäre allenfalls zu überlegen, ob spezifische Module zur Motivationsförderung in das Therapiekonzept integriert werden sollten.

*Fehlende fachliche Unterstützung des Teams kann zu Unklarheiten führen.*

Wie in Kapitel 6.3.1 sowie in der Diskussion zu Förder- und Hinderfaktoren bereits ausgeführt, soll für die Behandlung gut trainiertes Personal eingesetzt werden, welches breite und fundierte Ausbildungen hat (Timko et al., 2005; Verheul, 2007b). Flynn et al. (2008) empfehlen überdies Personal einzusetzen, dass in beiden Disziplinen gut geschult sei. Anhand dieser Ausführungen kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass vermehrte Ausbildung für beide Störungsbilder eine lohnende Unterstützung für die Abteilung A5 sein könnte. Wenn die Mitarbeitenden bereits als Experten und Expertinnen für

beide Störungsbilder fungieren, wird eine zusätzliche fachliche Unterstützung eher zweitrangig. Im Konzept der Abteilung finden sich vor allem Angaben zu weiteren Ausbildungen des Personals in Bezug auf Persönlichkeitsstörungen. Aufgrund der konsultierten Literatur wäre es sinnvoll, das Personal auch in Bezug auf Suchterkrankungen zu schulen. Trotzdem sollen Supervisionen weiterhin zentraler Bestandteil für das therapeutische Team sein (Berthel, 2003).

*Es sei schwierig einzuschätzen, wie stark der Fokus im Kontext der Behandlung auf der Abteilung A5 auf die Suchterkrankung auszurichten sei.*

Anhand der erarbeiteten Forschungsliteratur sowie der Expertenmeinungen kann hierzu empfohlen werden, die Suchterkrankung stärker in den Fokus der Behandlung zu rücken, da sich die beiden Erkrankungsbilder im schlimmsten Fall in einem Teufelskreislauf ständig zuspielen können. Zudem erhöht sich die Gefahr von selbstverletzenden respektive suizidalen Absichten bei Menschen mit beiden Erkrankungen.

*Psychoedukation wird nicht explizit erwähnt.*

In der Literatur, in den verschiedenen vorgestellten spezifischen Therapieprogrammen sowie laut einer Expertenmeinung sind psychoedukative Elemente in der Therapie von Menschen mit dualen Erkrankungen als sehr hilfreich hervorzuheben. Diesbezüglich finden sich keine Angaben im Therapiekonzept, weshalb eine entsprechende Ergänzung, möglicherweise auch in Bezug auf die Verhinderung von Drop-Outs, sinnvoll sein könnte.

#### 13.4 Kritische Reflexion

**Zur Theorie:** Häufig beziehen sich die Artikel zu komorbiden Suchterkrankungen auf sogenannte „serious mental illness“, worunter die Autoren Schizophrenien, schwere Depressionen und Bipolare Erkrankungen zählen. Zu komorbiden Persönlichkeitsstörungen existiert noch nicht allzu viel Material, da dieses Thema wie bereits mehrfach ausgeführt, über längere Zeit sowohl seitens der Therapieeinrichtungen als auch der Forschungsinstitutionen für Persönlichkeitsstörungen vernachlässigt wurde. Die Studien unterscheiden sich bezüglich Design und Stichprobenszusammensetzung, so dass ein Vergleich schwierig ist. Die Thematik der Persönlichkeitsstörungen ist für sich schon ein sehr weitläufiges Feld und wird durch die Ergänzung von Suchterkrankungen noch weiter gezogen.

Die Eingrenzung der Thematik ist bei vorliegender Arbeit schwierig zu ziehen, da sich die verschiedenen Teilthematiken gegenseitig bedingen können. Aufgrund dieser Tatsache wurde im Literaturteil darauf geachtet, möglichst viele der relevanten Themen zu skizzieren. Eine detaillierte Betrachtung sämtlicher Aspekte würde aber den Rahmen einer Masterarbeit sprengen. Dies ist insofern bedauerlich, als dass zu der, in dieser Arbeit vorgestellten

ten Doppeldiagnose, häufig noch weitere komorbide Erkrankungen dazu kommen, die in der Folge die Therapie noch einmal erschweren können.

**Zur Methodik:** Anhand der deskriptiven Darstellung der Stichprobe sowie der Forschungsliteratur zeigt sich, dass Menschen mit Doppeldiagnosen eine extrem heterogene Klientel darstellen. Ausgehend von der Annahme, dass die statistischen Auswertungen auf einer Stichprobe von 30 Patienten und Patientinnen basieren könne, muss nun geschlossen werden, dass aufgrund der Heterogenität dieser Krankheitsbilder die veranschlagte Stichprobengrösse möglicherweise ungenügend wäre, um signifikante Veränderungen feststellen zu können.

Für die Beantwortung der Fragestellung zum Einfluss der Suchterkrankung auf die Behandlungsergebnisse wäre ein diesbezüglicher Fragebogen unumgänglich. Die Angaben zur Süchtigkeit wären für diese Evaluationsstudie aus der Eintrittsdiagnostik der Abteilung A5 entnommen worden, wobei einige Patientinnen der Stichprobe keine komorbide Suchtdiagnose angegeben haben. In Gesprächen mit therapeutischen oder pflegerischen Fachpersonen der Abteilung zeigte sich jedoch gelegentlich, dass eine Patientin ohne Suchtdiagnose doch Suchtmittel konsumiert. Daher wäre ein Selbsteinschätzungsfragebogen für eine Fortsetzung der Studie sehr hilfreich.

Die Interviewleitfäden haben sich in der Praxis bewährt. Aufgrund der Heterogenität der Interviewpartner und -partnerin wäre es allenfalls angebracht gewesen, die Fragen noch offener zu formulieren. Angesichts der heterogenen Forschungslage hätten so möglicherweise noch mehr Informationen gesammelt werden können. Was sich anhand der bestehenden Interviewleitfäden jedoch sehr schön gezeigt hat, ist der Fakt, dass die beiden Fachpersonen, die für psychiatrische Abteilungen zuständig sind, komorbide Suchterkrankungen als bedeutsamem negativen Einflussfaktor werten, während Fachpersonen aus dem Suchtbereich komorbiden Persönlichkeitsstörungen nicht den gleichen negativen Einfluss zuschreiben.

### 13.5 Ausblick und weiterführende Fragestellungen

Für die Abteilung A5 der KPD Liestal wäre es sicher spannend, wenn die Evaluation weitergeführt werden könnte um die der Evaluation zugrunde liegenden Fragen (siehe Kapitel 9.1) beantworten zu können. Interessant wäre es diesbezüglich auch, wenn einige der erwähnten klinischen Implikationen Eintritt in das Therapiekonzept finden würden in Bezug auf die Untersuchung des Drop-Outs.

Wie in den Ausführungen zur Ökonomie sehr deutlich hervorkommt, sind es auch übergeordnete Faktoren, die auf die Therapie von Menschen mit Doppeldiagnosen Einfluss erhalten, wie z.B. unterschiedliche Denksysteme der verschiedenen Kostenträger. Aufgrund der immer knapper bemessenen Kostengutsprachen, wird die Flexibilität der Therapiedauer stark eingeschränkt. Oder aber, Menschen, für die Abstinenz das Ziel ist, werden nicht mehr genügend unterstützt, da heute vermehrt Substitutionsprogramme gefördert werden. Aufgrund dieser Angaben wäre es interessant zu untersuchen, welchen Denksystemen die unterschiedlichen Kostenträger verpflichtet sind und was dies konkret für Auswirkungen für die therapeutischen Institutionen hat.

Die hohen Prävalenzraten von den Doppelerkrankungsbilder der Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen zeigen auf, dass weiterführende Forschungsarbeiten dringend notwendig sind, um den individuellen Bedürfnissen dieser extrem heterogenen Klientel gerecht werden zu können. Gerade in Bezug auf psychiatrische Stationen für Persönlichkeitsstörungen, die ihre Abteilung auch für Menschen mit komorbiden Suchterkrankungen öffnen möchten, wären weiterführende Forschungsarbeiten zur konkreten Umsetzung sehr begrüssenswert. Zumal der Literatur entnommen werden kann, dass eine angemessene Behandlung dieser Krankheitsbilder viel zur Verbesserung beitragen kann.

## 14 Abstract

Diese quantitativ-qualitative Arbeit basiert auf der Evaluation der im Mai 2010 neu eröffneten Abteilung für Persönlichkeitsstörungen der Kantonalen Psychiatrischen Dienste Liesental, welche eine komorbide, im Hintergrund stehende Suchterkrankung in Bezug auf die Substanzen THC, Alkohol und Medikamente nicht als Ausschlusskriterium führt.

Studien aus dem Bereich der Suchtforschung, die sich mit dem Einfluss komorbider Persönlichkeitsstörungen beschäftigen, zeichnen ein heterogenes Bild. Während einige Forschende postulieren, dass die Kombination der beiden Störungsbilder zu negativer Beeinflussung des Behandlungsverlaufs führt, sehen andere Forschende, dass Menschen mit komorbiden Störungsbildern ähnliche Verläufe aufzeigen, wie solche mit Einzeldiagnosen, aufgrund des geringeren Funktionsgrades bei Eintritt aber nicht auf einem Level bei Abschluss der Therapie sind, wie das bei Menschen ohne Doppeldiagnosen der Fall sein kann. Die Evaluation auf der Abteilung A5 konnte aufgrund einer zu kleinen Stichprobe nicht auf die ihr zugrunde liegenden Fragestellungen ausgewertet werden. Die Stichprobenbeschreibung spiegelt jedoch sehr gut die dargestellten Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Suchtforschung. Während zu Beginn die Evaluation der Abteilung A5 das Ziel war, musste eine Umorientierung der Forschungsarbeit aufgrund einer zu kleinen Stichprobe erfolgen. Aufgrund der hohen Dropout-Raten wurden anhand vier Interviews mit Fachpersonen aus unterschiedlichen Institutionen in einem zweiten Teil förderliche und hinderliche Faktoren in der Therapie von Menschen mit Doppeldiagnosen besprochen. Die Aussagen der Fachpersonen stimmen vorwiegend mit den vorgestellten Schlüsselkomponenten der integrierten Therapie für Menschen mit Doppeldiagnosen überein, wobei auch neue Ideen, wie z.B. die Verwendung von Meditationen zur Sprache kamen.

Für die Abteilung A5 ergeben sich anhand der erarbeiteten Literatur sowie der Experteninterviews folgende Indikationen: Die Setzung eines Doppelfokuses auf beide Erkrankungen in der Therapie scheint unerlässlich zu sein, spezifischer ausgebildetes Personal ist für die Therapie sehr empfohlen und motivationsfördernde sowie psychoedukative Elemente sollten in das Therapiekonzept eingeschlossen werden.

## 15 Literaturverzeichnis

- Altermann, A.I., Rutherford, M.J., Cacciola, J.S., McKay, J.R. & Boardman, C.R. (1998). Prediction of 7 months methadone maintenance treatment response by four measures of antisociality. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 217 – 223.
- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1–51.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.)(2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Ball, S.A., Young, J.E., Rounsaville, B.J. & Carroll, K.M. (1999). Dual Focus Schema Therapy vs. 12-Step Drug Counseling for personality disorders and addiction: Randomized pilot study. Paper presented at the ISSPD 6th International Congress of the Disorders of Personality, Geneva.
- Ball, S.A., Cobb-Richardson, P., Conolly, A.J., Bujosa, C.T. & O’Neill, T.W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: Symptom severity and Psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 371 - 379.
- Ball, S.A., Carroll, K.M., Canning-Ball, M. & Rounsaville B.J. (2006). Reasons for drop-out from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, 31, 320 – 330.
- Ball, S. A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders*, 21 (3), 305 – 321.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563 – 1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of Psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychotherapy*, 177, 138–143.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Therapy and Cognitive Analytic Therapy Compared. *International Review of Psychiatry*, 19, (1), 51 – 62.
- Beck, A.T., Wright, F.D. Newmann, C.F. & Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford.
- Berthel, T. (2003). Psychiatrische Komorbidität. In: E. Beubler, H. Haltmayer & A. Springer (Hrsg.). *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*. Wien: Springer.
- Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E., & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, (1), CD005652.
- Bornovalova, M.A. & Daughters, S.B. (2007). How does Dialectical Behavior Therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 27, 923 – 943.

- Bottelender, M., Bottelender, R., Scharfenberg, C.D. & Soyka M. (2003) Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für den Therapieverlauf einer ambulanten Alkoholentwöhnungstherapie. *Psychotherapie und Psychologische Medizin*, 53, 384 – 389.
- Bowden-Jones, O., Iqbal, M.Z., Tyrer, P., Seivewright, N., Cooper, S., Judd, A. & Weaver, T. (2004). Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. *Addiction*, 99, 1306 – 1314.
- Brems, C. & Johnson, M.E. (1997). Clinical Implications of the Co-Occurrence of Substance Use and Other Psychiatric Disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28 (5), 437 – 447.
- Broner, R.K., King, V.L., Kidorf, M, Schmidt, C.W. & Bigelow, G.E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archive of General Psychiatry*, 54, 71 – 80.
- Brown, G.R. & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148, 55 – 61.
- Budman, S.H., Demby, A., Soldz, S. & Merry, J. (1996). Time-limited group Psychotherapy for patients with personality disorders: Outcomes and dropouts. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 357 – 377.
- Burnam, M.A. & Watkins, E.K. (2006). Substance Abuse With Mental Disorders: Specialized Public Systems and Integrated Care. *Health Affairs*, 25, 3, 648 – 658.
- Cacciola, J.S., Altermann, A.I., Rutherford, M.J. & Snider, E.C. (1996). Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *Journal of Nervous and Mental disease*, 184, 234 – 239.
- Cadoret, R.J., O’Gorman, Thoughton, E. & Widmer, R. (1985). Clinical differences between antisocial and primary alcoholics. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 1 – 8.
- Carroll, K.M., Ball, S.A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T.L., Farentinos, C., Kunkel, L.E., Mikulich-Gibertson, S.K., Morgenstern, J., Obert, J.L., Poleins, D., Snead, N. & Woody, G.E. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisided effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependency*, 81, 301 – 312.
- Carroll, K.M., Ball, S.A. & Martino, S. (2004). Cognitive, behavioral, and motivational therapies. In: M. Galanter & H. Kleber (Eds.). *Textbook of substance abuse treatment* (2nd edition). Washington: American Psychiatric Association.
- Carroll, K.M. (1996). Relapse prevention as a Psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46 – 54.
- Casillas, A. & Clark, L.A. (2002). Dependency, Impulsivity, and Self-Harm: Traits hypothesized to underlie the Association between Cluster B Personality and Substance Use Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 16, 5, 424 – 436.
- Cecero, J.J., Ball, S.A., Tennen, H., Kranzler, H.R. & Rounsaville, B.J. (1999). Concurrent and predictive validity of antisocial personality disorder subtyping among substance abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, (8), 478 – 486.
- Ciraulo, D., Piechniczek-Buczek, J. & Iscan, E.N. (2003). Outcome predictors in substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 381 – 409.



- Cloninger, C.R. (1987) Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410 – 416.
- Coccaro, E.M. & Kavoussi, R.J. (1997). Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1081 – 1088.
- Crits-Cristoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L.S. et al (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: NIDA collaborative cocaine treatment study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493 – 502.
- Crouse, E., Drake, K.M. & McGovern, M.P. (2007). Co-existing substance use and Axis II Personality disorders. In: A. Baker & R. Velleman (Eds.). *Clinical handbook of co-existing mental health and drug and alcohol problems* (S. 309 – 328). London: Brunner Routledge
- Darke, S., Ross, J. Williamson, A. & Teesson, M. (2005). The impact of borderline personality disorder on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. *Addiction*, 100, (8), 1121 – 1130.
- DeGroot, M.H., Franken, I.H.A., van der Meer, C.W. & Hendriks, V.M. (2003). Stability and change in dimensional ratings of personality disorders in drug abuse patients during treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 115 – 120.
- DeJong, A.J., van den Brink, W., Hartefeld, F.M. & van der Wielen, E.G.M. (1993). Personality Disorders in Alcoholics and Drug Addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 87 – 94.
- Depue, R.A., Luciana, M., Arbisi, P, Collins, P. & Leon A. (1994). Dopamine and the structure of personality: relation of agonist-induced dopamine activity to positive emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 485 – 498.
- Dilling, H. (2002). *Lexikon zur ICD-10 Klassifikation Psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs Psychotroper Substanzen*. Bern: Huber.
- Dimeff, L.A. & Linehan, M.M. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 39 -47
- Drake, R.E. & Mueser, K.T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 589 – 608.
- 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. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 360–374.
- Drake, R.E., Wallach, M.A. & McGovern, M.P. (2005). Future directions in preventing relapse to substance abuse among clients with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 56, 1126 – 1302.
- Driessen, M. & Hill, A. (1998). Persönlichkeitsstörungen und Alkoholismus. *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 112 – 118.
- Echeburua, E., Bravo de Medina, R. & Aizpiri, J. (2007). Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: A Comparative Study. *Alcohol & Alcoholism*, 42 (6), 618 – 622.
- Ekleberry, S.C. (2009). *Integrated Treatment for Co-Occuring Disorders. Personality Disorders and Addiction*. New York: Routledge.

- Fiedler, P. (1996). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P. (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2001). *Persönlichkeitsstörungen* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Flynn, P.M. & Brown, B.S. (2008). Co-occurring disorders in substance abuse treatment: Issues and prospects. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 36 – 47.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version - (SCL-90-R). Manual*. Göttingen: Beltz.
- Fridell, M. & Hesse, M. (2006). Psychiatric severity and mortality in substance abusers: a 15-year follow-up of drug users. *Addictive Behaviors*, 31, 559 – 565.
- Fu, Q., Heath, A.C., Bucholz, K.K., Nelson, E., Goldberg, J., Lyons, M.J., True, W.R., Jacob, T., Tsuang, M.T. & Eisen, S.A. (2002). Shared genetic risk of major depression, alcohol dependence, and marijuana dependence: contribution of antisocial personality disorder in men. *Archives of General Psychiatry*, 29, 1125 – 1132.
- Gabbard, G.O. (2009). Psychoanalysis and Psychodynamic Psychotherapy. In: J.M. Oldham, A.E. Skodol & D.S. Becker (Hrsg.). *Essentials of Personality Disorders*. Washington: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic Psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G.O. (1990). *Psychodynamic Psychiatry in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press.
- Godwin, D.W. (1992). Genetics of alcoholism. In L.K.G. Hsu & M. Hersen (Eds). *Research in Psychiatry: Issues, Strategies and Methods* (S. 359 – 372). New York: Plenum.
- Gold, P.B. & Brady, K.T. (2003) Evidence-based treatments für substance use disorders. *FOCUS. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 1, 115 – 122.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J. & Pickering, R.P. (2004). Co-occurrence of 12-Month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general Psychiatry*, 61, 361 – 368.
- Gregory, R.J. & Remen, A.L. (2008). A manual-based Psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24 (1), 15 – 27.
- Gregory, R.J., Chlebowsky, S., Kang, D., Remen, A.L., Soderberg, M.G. & Stepkovitch, J. (2008). A controlled trial of Psychodynamic Psychotherapy for Co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 1, 28 – 41.
- Guy, W. (1976). ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology – Revised (DHEW Publ. No ADM 76-338). Rockville: *Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs*, S. 218 – 222.

- Hellerstein, D. J., Rosenthal, R. N., Pinsky, H., Samstag, L. W., Muran, J. C., & Winston, A. (1998). A randomised prospective study comparing supportive and dynamic therapies. Outcome and alliance. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 261–271.
- Hesselbrock, V.M. (1986). Family history of Psychopathology in alcoholics: a review and issues. In: R.E. Meyer (Ed.). *Psychopathology and Addictive Disorders* (S. 402 – 418). New York: Guilford.
- Higley, J.D. & Bennet, A.J. (1999). Central nervous system serotonin and personality as variables contributing to excessive alcohol consumption in non-human primates. *Alcohol Alcohol*, 34, 402 – 418.
- Hoffmann, S.O. & Eckhardt-Henn, A. (2009). Indikation und Kontraindikation für Psychodynamische Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: H. Haltenhof, G. Schmid-Ott & U. Schneider (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen im therapeutischen Alltag* (S. 247 – 265). Lengerich: Pabst.
- Horowitz, L.M., Strauss, B. & Kordy, H. (1994). *IIP-D. Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme. Deutsche Version. Manual*. Weinheim: Beltz Test.
- Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E. & Wang, M.C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563 – 571.
- Johnson, J.G., Williams, J.B.W., Goetz, R.R., Rabkin, J.G., Remien, R.H., Lipsitz, J.D. & Gorman, J.M. (1996). Personality disorders predict onset of axis I disorders and impaired functioning among homosexual men with at risk of HIV infection. *Archives of General Psychiatry*, 53, 350 – 357.
- Jung, A., Schuhler, P., Schmitz, B. & Handke-Raubach, A. (2003). Komorbide Persönlichkeitsstörung bei Abhängigkeitserkrankungen. Ein neues kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm. *Psychotherapie im Dialog*, 2 (4), 188 – 191.
- Kantonale Psychiatrische Dienste Liestal (2010). *Konzept: neue therapeutische Strukturen A5, Spezialabteilung für Persönlichkeitsstörungen*. Liestal: KPD.
- Katschnig, H., Demal, U., Lenz, G. & Berger, P. (2001)(Hrsg.) *Die extrovertierten Persönlichkeitsstörungen. Borderline, histrionische, narzisstische und antisoziale Lebensstrategien*. Facultas: Wien
- Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 1259 – 1264.
- Kienast, T., Rödiger, E., Kensch, M., Förster, J., Daig, I. & Heinz, A. (2009). Evidenzbasierte Psychotherapie. Sucht und Persönlichkeitsstörungen als Komorbidität. *Der Nervenarzt*, 80, 1050 – 1059.
- Kienast, T. & Förster, J. (2008). Psychotherapy of personality disorder and concomitant substance dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 619 – 624.
- Kipp, J. & Stolzenburg, H.-J. (2000). Sucht und Abstinenz im Zusammenhang mit der Aktivierung früher Persönlichkeitsstrukturen. *Psychotherapeut*, 32-37.
- Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E. & Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: Prevalence and their association with Axis I disorders as predictors of treatment retention. *Addictive Behaviors*, 23, 841 – 853.

- Konermann, J., von Hammerstein, A., Zaudig, M. & Tritt, K. (2006). Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen in Psychosomatischen/Psychotherapeutischen Kliniken. *Persönlichkeitsstörungen*, 10, 3 – 17.
- Kosten, T.A., Kosten, T.R. & Rounsaville, B.J. (1989). Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 163 – 168.
- Krampe, H., Wagner, T., Stawicki, S., Bartels, C., Aust, C., Kröner-Herwig, B., Küfner, H. & Ehrenreich, H. (2006). Personality Disorder and Chronicity of Addiction as Independent Outcome Predictors in Alcoholism Treatment. *Psychiatric Services*, 57 (5), 708 -712.
- Kuckartz, U. (2007). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (2. aktualisierte und erweiterte Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Lacey, J.H. & Evans, C.D.H. (1986). The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal on Addiction*, 81, 641 – 649.
- Landheim, A.S., Bakken, K. & Vaglum, P. (2006). Impact of comorbid Psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties. *BMC Psychiatry*, 6, 44 – 54.
- Langeland, W. & Hartgers, C. (1998). Child abuse and sexual abuse and alcoholism: a review. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 336 – 348.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of Psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223–1232.
- Leary, T. F. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H.L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48 (12), 1060 – 1064.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M., Heard, H. & Armstrong, H. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971 – 974.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J. & Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K, Comtois, K.A., Shaw-Welch, S., Heagerty, P. & Kivlahav, D.R. (2002). Dialectical behavior therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13 – 26.
- Links, P.S., Heslegrave, R.J., Mitton, J.E., van Reekum, R. & Patric, J. (1995). Borderline Psychopathology and recurrences of clinical disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 582 – 286.

- Marlowe, D.B., Kirby, K.C., Festinger, D.S., Husband, S.D. & Platt, J.J. (1997). Impact of comorbid personality disorders and personality disorder symptoms on outcomes of behavioral treatment for cocaine dependence. *Journal of Nervouse and Mental Disease*, 185, 483 – 490.
- Martinez-Raga, J., Marshall, E.J., Keaney, F., Ball, D. & Strang, J. (2002). Unplanned versus planned discharges from in-patient alcohol detoxification: retrospective analysis of 470 first-episode admissions. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 277 – 281.
- Mayer-Bruns, F., Lieb, K., Dannegger, E. & Jacob, G.A. (2005). Dialektisch-behaviorale Therapie in der stationären Alkoholentwöhnung. *Der Nervenarzt*, 76, 339 – 343.
- McGovern, M.P., Xie, H., Segal, S.R., Siembab, L. & Drake, R.E. (2006). Addiction treatment services and co-occurring disorders: Prevalence estimates, treatment practices, and barriers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 267 – 275.
- Mestel, R. (2009). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: H. Haltenhof, G., Schmid-Ott & U. Schneider (Hrsg.) *Persönlichkeitsstörungen im therapeutischen Alltag* (S. 74 – 102). Lengerich: Pabst.
- Miller, W.R. & Wilbourne, P.L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trails of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265 – 277.
- Miller, S., Brwon, J. & Sees, C. (2001). A preliminary study identifying risk factors in dropout from a prison therapeutic community. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 11, 189 – 197.
- Minkoff, K. (2001). Best practices: Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 52, 597 – 599.
- Moggi, F., Ouimette, P.C., Finney, J.W. & Moos, R.H. (1999). Effectiveness of treatment for substance abuse and dependence for dual diagnosis patients. A model of treatment factors associated with one-year outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 856 – 866.
- Moggi, F., Ouimette, P.C., Moos, R.H. & Finney, J.W. (1999). Dual diagnosis patients in substance abuse treatment. Realationship of general coping and substance-specific coping to one-year outcomes. *Addiction*, 94, 1805 – 1816.
- Moggi, F. & Donati, R. (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Göttingen: 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 U.S. Substance Use disorder Programs. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 66 – 72.
- Moggi, F. (2007). Problemstellung Doppeldiagnosen. In: F. Moggi (Hrsg.) *Doppeldiagnosen. Komorbidität Psychischer Störungen und Sucht* (2. Aufl)(S.15 – 24). Bern: Huber.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie* (3. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York: Guilford.

- Mueser, K.T. & Kavanagh, D. (2004). Treating comorbidity of alcohol problems and Psychiatric disorder. In: N. Heather & T. Stockwell (Eds.) *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*. (S. 139 – 175). Chichester: John Wiley & Sons.
- Müller, R. (2001). Risikoreiches Alkoholtrinken: 300 000 in der Schweiz betroffen – vier kritische Fragen zur Bestimmung der Abhängigkeit (on-line). Available: [http://www.sucht-info.ch/de/aktuell/pressemeldungen/archiv/browse/18/article/risikoreiches-alkoholtrinken-300-000-in-der-schweiz-betroffen-vier-kritische-fragen-zur-bestimm/?tx\\_ttnews\[backPid\]=479&cHash=860f259f55b87e5f6d3cfd222077ae](http://www.sucht-info.ch/de/aktuell/pressemeldungen/archiv/browse/18/article/risikoreiches-alkoholtrinken-300-000-in-der-schweiz-betroffen-vier-kritische-fragen-zur-bestimm/?tx_ttnews[backPid]=479&cHash=860f259f55b87e5f6d3cfd222077ae)
- Nace, E.P. (1990). Substance abuse and personality disorder. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 183 – 197.
- Nace, E.P., Davis, C.W., Gaspari, J.S. & Altermann, A.I. (1991). Axis II comorbidity in substance abusers. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 118 – 120.
- Nace, E.P. & Davis, C.W. (1993). Treatment outcome in substance abusing patients with a personality disorder. *American Journal on Addiction*, 2, 26 – 33.
- National Institute for Mental Health in England (2003). Personality disorder: No longer a diagnosis of exclusion. London: Department of Health.
- NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism). Psychiatric comorbidity with alcohol use disorders. In: Eighth Special Report to the US Congress on Alcohol and Health. Washington, 1993, 37 – 59.
- Nordholm, D. & Nielsen, B. (2007). Personality Disorders among Danish Alcoholics Attending Outpatient Treatment. *European Addiction Research*, 13, 222 – 229.
- Nowinski, J., Baker, S. & Carroll, S.M. (1992). Twelve-step facilitation therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. *NIAAA Project MATCH Monographs* (Vol. 1). Rockville: DHHS Pub NO (ADM).
- Ogrodniczuk, J. S., & Piper, W. E. (2001). Day treatment for personality disorders: A review of research findings. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 105–117.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E. Kellmann, H.D., Hyler, S.E. & N. Doidge (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 571 – 578.
- Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (1996 – 2004). *Manual*. (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Ouimette, P.C., Gima, K., Moos, R.H. & Finney, J.W. (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment IV. The effect of comorbid Psychiatric diagnoses on amount of treatment, continuing care, and 1-year outcome. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23 (2), 552 – 557.
- Paris, J. (1994). *Borderline Personality Disorder: A Multidimensional Approach*. Washington: American Psychiatric Press.
- Petermann, F. (1997). *Patientenschulung und Patientenberatung*. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, N.M., Martin, B., Cooney, J.L. & Kranzler, H.R. (2000). Give them prizes and they will come: contingency management for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 250 – 257.

- Perry, J. C., & Bond, M. (2000). Empirical studies of Psychotherapy for personality disorders. In J. G. Gunderson & G. O. Gabbard (Eds.), *Psychotherapy for personality disorders. Review of Psychiatry* (S. 1–31). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Perry, J.C., Banon, E. & Ianni, F. (1999). Effectiveness of Psychotherapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1312 – 1321.
- Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. (1998). Interpretive and supportive forms of Psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 558–567.
- Powell, B.J., Penick, E.C., Nickel, E.J, Liskow, B.I., Risenmy, K.D., Campion, S.L & Brown, E.F. (1992). Outcomes of comorbid alcoholic men: a 1-year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16, 131 – 138.
- Ralevski, E., Ball, S., Nich, C, Limoncelli, D. & Petrakis, I. (2007). The Impact of Personality Disorders on Alcohol-Use Outcomes in a Pharmacotherapy Trial for Alcohol Dependence and Comorbid Axis I Disorders. *The American Journal on Addictions*, 16, 443 – 449.
- Reddemann, L. (2003). Psychotherapie von Suchterkrankungen als Traumafolgestörungen. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 136 – 139.
- Reich, J.H. & Vasile, R.G. (1993). Effect of personality disorders on the treatment outcome of Axis I conditions: an update. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 475 – 484.
- Renneberg, B., Schmitz, B., Döring, S., Herpertz, S. & Bohus, M. (2010). Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 55, 339 – 354.
- Robinson, T.E. & Berridge, K.C. (1993). The neural basis of craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Review*, 18, 247 – 291.
- Ross, S., Dermatis, H., Levounis, P. & Galanter, M. (2003). A Comparison Between Dually Diagnosed Inpatients with and without Axis II comorbidity and the Relationship to Treatment Outcome. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29 (2), 263 – 279.
- Rudolf G. (1991). *Die Therapeutische Arbeitsbeziehung*. Berlin: Springer.
- Rudolf, G. (1993). *Psychischer und Sozial-Kommunikativer Befund (PSKB). Ein Instrument zur standardisierten Erfassung neurotischer Befunde*. Göttingen: Hogrefe.
- Rutherford, M.J, Cacciola, J.S. & Altermann, A.I. (1994). Relationships of personality disorders with problem severity in methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 35, 69 – 76.
- Ryle, A. & Golyunkina, K. (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: Factors associated with outcome. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 197 – 210.
- Sabo, A.N. (1997). Etiological significance of associations between childhood trauma and borderline personality disorder. Conceptual and clinical implications. *Journal of Personality Disorders*, 11, 50 – 70.
- Sanislow, C. A., & McGlashan, T. H. (1998). Treatment outcome of personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 237–250.

- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Textrevision. DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schepank, H. (1995). *BSS. Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score. Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer Psychogenen Erkrankung*. Göttingen: Beltz.
- Schmitz, B., Bischoff, C., Erhardt, M. & Leidig, S. (2000). Perspektiven der Gruppenpsychotherapie. In: M. Hermer (Hrsg.) *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Tübingen: Dgvt.
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A. & Jung A. (2001). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen*. Lengerich: Pabst.
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A., Jung, A., Husen, E., Wagner, A., Gönner, S., Limbacher, K. & Vogelsang, M. (2002). *Die Rehabilitation von Persönlichkeitsstörungen in der stationären verhaltenstherapeutischen Psychosomatik und Suchttherapie*. Abschlussbericht über ein Forschungsprojekt Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen. Förderkennzeichen 01 GD 9803.
- Shea, M. T. (1993). Psychosocial treatment of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 7, 167–180.
- Smyth, J.E., Meyers, R.J. & Delaney, H.D (1998). The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 398 – 405.
- Schneider, U., Schmid-Ott, G. & Haltenhof, H. (2009). Persönlichkeitsstörungen bei Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. In: U. Schneider, G. Schmid-Ott & H. Haltenhof (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen im therapeutischen Alltag* (S. 180 -200). Lengerich: Pabst.
- Schornstein, K., Mayer-Bruns, F., Dannegger, E., Knabe, M., Stoffers, J., Lieb, K. & Jacob, G.A. (2008). Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit und komorbider Persönlichkeitsstörung – erste Ergebnisse einer Pilotstudie. *Sucht*, 54 (2), 86 – 94.
- Schuckit, M.A. (1992) Advances in understanding the vulnerability to alcoholism. In C.P. O'Brien & J.H. Jaffe (Eds.). *Addictive States* (S. 93 – 108). New York: Raven.
- Schuhler, P. & Schmitz, B. (2006). Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen und komorbider Persönlichkeitsstörung. In: P. Schuhler & M. Vogelsang (Hrsg.) *Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbiditäten und klinische Praxis* (S. 175 – 204). Lengerich: Pabst.
- Schweiger, U. & Sipos, V. (2009). Entstehung, Aufrechterhaltung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen aus Sicht der kognitiven Verhaltenstherapie. In: H. Haltenhof, G. Schmid-Ott & U. Schneider (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen im therapeutischen Alltag* (S. 33 – 47). Lengerich: Pabst.
- Siever, L.J. & Davis, K.L.A. (1991). A Psychological perspective on the personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1647 – 1658.
- 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. *American Journal of Psychiatry*, 156, 733 – 738.



- Slutske, W.S., Heath, A.C., Madden, P.A., Bucholz, K.K., Statham, D.J. & Martin, N.G. (2002). Personality and the genetic risk for alcohol dependence. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 124 – 133.
- Smyth, N.J. (1993). Differences in situational heavy drinking among alcoholics with and without comorbid personality disorders. *VI Congress on the Treatment of Addictive Behavior*, Santa Fé, USA (Abstract).
- Studer, U. M. (1998) Verlangen, Süchtigkeit und Tiefensystemik. Fallstudie des Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige – Start Again in Männedorf und Zürich im Zeitraum von 1992 – 1998. (on-line). Available: <http://www.bag.admin.ch/suchen/index.html?lang=de&keywords=Angina#volltextsuche>
- Thomas, V.H., Melchert, T.P. & Banken, J.A. (1999). Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 60, 271 – 277.
- Thomasius, R. (2004). Zum Umgang mit Substanzmissbrauch in der Borderline-Therapie. *Persönlichkeitsstörungen*, 8, 31 – 36.
- Timko, C., Dixon, K. & Moos, R.H. (2005). Treatment for Dual Diagnosis Patients in the Psychiatric and Substance Abuse Systems. *Mental Health Services Research*, 7 (4), 229 – 242.
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590 – 596.
- Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin, J. & Burr, R. (2000). Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Review and Integration. *Clinical Psychology Review*, 20, 235 – 253.
- U.S. Department of Health and Human Services (2002). Report to Congress on the prevention and treatment of co-occurring substance abuse disorders and mental disorders. Retrived August 18, 2006, from the World Wide Web: [www.samhsa.gov/reports/congress2002/CoOccuringRpt.pdf](http://www.samhsa.gov/reports/congress2002/CoOccuringRpt.pdf)
- Vaglum, P. (2005). Personality disorders and the course and outcome of substance abuse: A selective review of the 1984 – 2004 literature. In: Reich, J. (Ed.). *Personality Disorders. Current Research and Treatments* (S. 105 – 124). New York: Routledge.
- Van den Bosch, L.M.C., Verheul, R. & van den Brink, W. (2001). Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and ideological correlates. *Journal of Personality Disorders*, 15, 416 – 424.
- Van den Bosch, L.M.C., Verheul, R., Schippers, G.M. & van den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long term effects. *Addictive Behavior*, 27, 911 – 923.
- Van den Bosch, L.M.C. & Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 67 – 71.
- Verheul, R., van den Brink, W. & Hartgers, C. (1998). Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addictive Behaviors*, 23, 869 – 882.

- Verheul, R., van den Brink, W., Hartgers, C. & Koeter, M.W.J. (1999). Antisocial alcoholic patients show as much improvement at 14-month follow-up as non-antisocial alcoholic patients. *American Journal on Addiction*, 8, 24 – 33.
- Verheul, R., van den Brink, W. & Geerlings, P.J. (1999). A three-pathway Psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol Alcohol*, 34, 197 – 222.
- Verheul, R., Kranzler, H.R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S.A. & Rounsaville, B.J. (2000). Axis I and Axis II disorders in substance abusers: fact or artifact? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 61, 101 – 110.
- Verheul, R. & van den Brink, W. (2000). The role of personality pathology in the etiology and treatment of substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 163 – 169.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274 – 282.
- Verheul, R., van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., De Ridder, M.A.J., Stijnen, T. & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135 – 140.
- Verheul, R. (2007a). Ätiologie der Komorbidität von Persönlichkeits- und Substanzstörungen. In F. Moggi (Hrsg), *Doppeldiagnosen. Komorbidität Psychischer Störungen und Sucht* (S. 143 – 160). Bern: Huber .
- Verheul, R. (2007b). Behandlung der Komorbidität von Persönlichkeits- und Substanzstörungen. In F. Moggi (Hrsg), *Doppeldiagnosen. Komorbidität Psychischer Störungen und Sucht* (S. 221 – 246). Bern: Huber .
- Verheul, R., & Herbrink, M. (2007). The efficacy of various modalities of Psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations. *International Review of Psychiatry*, 19, 25-38.
- Verheul, R., van den Bosch, L.M.C. & Ball, S.A. (2009). Substance Abuse. In: J.M. Oldham, A.E. Skodol & D.S. Bender (Hrsg.) *Essentials of Personality Disorders* (S. 361 – 380). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Watzke, A.-B., Schmidt, C.O., Zimmermann, J. & Preuss, U.W. (2008). Persönlichkeitsstörungen bei einer klinischen Stichprobe von cannabisabhängigen jungen Erwachsenen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 76, 600 – 605.
- Westermeyer, J. & Thuras, P. (2005). Association of antisocial personality disorder and substance disorder morbidity in a clinical sample. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31 (1), 93 – 110.
- Widiger, T.A. & Trull, T. J. (1993). Borderline and narcissistic personality disorders. In: H. Adams & P. Sutker (Eds.), *Comprehensive handbook of Psychopathology* (2. Ed. S. 371 – 394). New York: Plenum.
- Wittchen, H.-U., Perkonig, A. & Reed, V. (1996). Comorbidity of mental disorders and substance use disorders. *European Addiction Research*, 2, 36 – 47.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

- Wittchen, H.-U., Fröhlich, C., Behrendt, G., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., Lieb, R. & Perkonig, A. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, Suppl. 1, 60 – 70.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L., & O'Brien, C. P. (1985). Sociopathy and Psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1081–1086.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange.
- Zanarini, M.C. (1993). Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder. In: J. Paris (Ed.). *Borderline Personality Disorder: Aetiology and Treatment* (S. 67 – 86). Washington: American Psychiatric Press.
- Zanarini, M.C., Frankeburg, F.R., Hennen, J., Reich, B. & Silk, K.R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161 (11), 2108 – 2114.
- Zuckermann, M. (1999). *Vulnerability to Psychopathology: a biosocial model*. Washington: American Psychological Association.

## IV Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Persönlichkeitsstörungen und deren Einteilung in Cluster nach DSM-IV-TR.....</i>	8
<i>Tabelle 2: Überblick über Prävalenzraten bei drogen- und alkohlmisbrauchenden Populationen .....</i>	12
<i>Tabelle 3: Effektstärken und Rahmenbedingungen .....</i>	24
<i>Tabelle 4: Erhebungsinstrumente für Patient/Patientin sowie Therapeut/Therapeutin.....</i>	44
<i>Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung .....</i>	46
<i>Tabelle 6: Übersicht der Werte der Fragebögen für die Patientinnen bei Eintritt .....</i>	48
<i>Tabelle 7: Übersicht der Fragebogenwerte seitens der Therapierenden zum Eintrittszeitpunkt.....</i>	49
<i>Tabelle 8: Detaillierte Darstellung der Störungsgrade bei Eintritt .....</i>	49
<i>Tabelle 10: Deskriptive Ausführungen anhand der Experten- und Expertinneninterviews</i>	52
<i>Tabelle 11: Übersicht Förderfaktoren: Kategorie Organisation.....</i>	53
<i>Tabelle 12: Übersicht Förderfaktoren: Kategorie Praxis des Managements .....</i>	57
<i>Tabelle 13: Übersicht Förderfaktoren: Kategorie Service.....</i>	59
<i>Tabelle 14: Übersicht Förderfaktoren: Kategorie Grundsätze.....</i>	62
<i>Tabelle 15: Übersicht Förderfaktoren: Kategorie Patienten- und Patientinnenvariabeln .</i>	63
<i>Tabelle 16: Übersicht Förderfaktoren: Kategorie Ökonomie .....</i>	64
<i>Tabelle 17: Übersicht Hinderliche Faktoren: Kategorie Organisation.....</i>	65
<i>Tabelle 18: Übersicht Hinderliche Faktoren: Kategorie Praxis des Managements.....</i>	66
<i>Tabelle 19: Übersicht Hinderliche Faktoren: Service .....</i>	67
<i>Tabelle 20: Übersicht Hinderliche Faktoren: Grundsätze.....</i>	69
<i>Tabelle 21: Übersicht Hinderliche Faktoren: Patienten- und Patientinnenvariabeln.....</i>	69
<i>Tabelle 22: Übersicht Hinderliche Faktoren: Ökonomie.....</i>	71

## V Anhang

### A Einverständniserklärung für Patienten und Patientinnen

#### Projekt Evaluation des neu eingeführten Behandlungskonzeptes in der KPK Liestal für PatientInnen der Spezialabteilung für Persönlichkeitsstörungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie haben sich für eine Behandlung in unserer Klinik entschieden. Sie werden auf der neu eröffneten Abteilung A5 behandelt. Es ist von grossem Interesse für uns, welche Veränderungen bzw. Behandlungsergebnisse mit diesem speziell konzipierten Behandlungsprogramm erreicht werden können. Daher möchten wir diesen therapeutischen Veränderungsprozess wissenschaftlich untersuchen. Wir möchten Sie daher gerne für unsere Studie zur Evaluation dieses neuen Behandlungskonzeptes interessieren. Diese Studie (Zielsetzung, Studienablauf etc.) beschreiben wir im vorliegenden Informationsblatt. Wir möchten Sie bitten an dieser Evaluationsstudie teilzunehmen und weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihre Teilnahme an dieser Studie **freiwillig** ist. Die Einwilligung erfolgt nur nach ausführlicher Information und Beantwortung aller Ihrer Fragen. Bei allfälligen Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich bitte an Frau Dr. P. Agarwalla. Sie können sich jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, von der Studie zurückziehen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile für Ihre therapeutische Betreuung oder anderer Art erwachsen (siehe auch Rückzugsklausel weiter unten).

### Zusammenfassung

Die vorliegende Studie zur **Evaluation des neu eingeführten Behandlungskonzeptes auf der psychotherapeutischen Abteilung A5** wird von Prof. Dr. med. J. Küchenhoff, Chefarzt der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal, geleitet.

Ziel ist es, die Wirksamkeit dieses speziell konzipierten Behandlungskonzeptes zu überprüfen. Dies dient der Verbesserung des Angebots therapeutischer Interventionen, die den Bedürfnissen der Patientinnen anzupassen wir bemüht sind.

Um dieses Ziel zu erreichen, möchten wir sowohl Sie selbst als auch Ihren Therapeuten/ Ihre Therapeutin zu Ihrem Befinden befragen. Falls Sie sich zur Teilnahme entscheiden, werden sowohl Sie als auch Ihr Therapeut oder Ihre Therapeutin gebeten, im Behandlungszeitraum von drei Monaten Fragebögen zu Ihrem Befinden (Symptome, Problematische Beziehungen und/oder Verhalten) und zur Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung auszufüllen. Dies geschieht zu Beginn der Behandlung (Eintritt), im Verlauf der Behandlung (ca. 6 Wochen nach Eintritt) und bei Austritt (nach ca. 12 Wochen). Die Ergebnisse der psychologischen Tests werden Ihrem Therapeuten/ Ihrer Therapeutin nicht mitgeteilt. Diese unterliegen ebenso wie die Therapie selbst der Schweigepflicht der Untersuchenden. Gleiches gilt für die Angaben der TherapeutInnen; diese Angaben werden von einer unabhängigen Psychologin ausgewertet und Ihnen nicht mitgeteilt. Hierbei geht es darum, den Einfluss des Evaluationsprozesses auf den therapeutischen Prozess zu minimieren und beide Teilnehmer des therapeutischen Prozesses zu schützen. Zusätzlich zur Befragung der TherapeutInnen und Ihnen als PatientInnen ist ein diagnostisches Erstinterview vor Behandlungsbeginn geplant. Der Schwerpunkt des Interviews (ca. 1 Stunde) liegt auf der Erfassung ihrer aktuellen Problematik bzw. den Symptomen, die sie zur Behandlung bewogen haben.

### Praktischer Studienablauf

Sobald wir durch die leitende Psychologin über Ihre Entscheidung an der Studie teilzunehmen informiert werden, werden wir Sie persönlich kontaktieren, um einen Termin für das Erstinterview zu vereinbaren.

Zum Anmeldezeitpunkt erhalten Sie ausserdem das erste Fragebogenpaket von der Forschungspsychologin. Das Ausfüllen der Fragebögen beansprucht im Schnitt insgesamt eine Stunde, obwohl einige Studienteilnehmer bzw. Studienteilnehmerinnen eventuell weniger andere deutlich mehr Zeit benötigen. Während Ihres Aufenthaltes erhalten Sie nach 6 und 12 Wochen nochmals ein Fragebogenpaket. Es werden zu allen Zeitpunkten die gleichen Fragebögen eingesetzt, um mögliche Veränderungen erfassen zu können. Um die Nachhaltigkeit des Behandlungsergebnisses zu überprüfen, planen wir ausserdem Erhebungen mittels Fra-

gebögen nach sechs Monaten nach Ihrem Austritt. Sollten während der Studie bzw. der Befragung Fragen zur Studie auftauchen, haben Sie selbstverständlich das Recht auf ausführliche, auch zusätzliche Informationen über die Studie.

## Mögliche Vorteile und allfällige Risiken und Nebenwirkungen

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Begleitevaluation für das neue Behandlungskonzept der Spezialabteilung für PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen: Es werden keine zur Therapie zusätzliche Interventionen durchgeführt. Allerdings können die Befragungen (Fragebögen und diagnostisches Interview) neue Ideen/ Gedanken hervorrufen, die z.T. als anregend, aber eventuell auch als belastend empfunden werden können. Aus Vorerfahrungen wissen wir, dass diese aber vorwiegend als positiv empfunden werden. Falls dies bei Ihnen nicht der Fall sein sollte bzw. Sie die Befragungen als zu belastend empfinden, empfehlen wir Ihnen dies mit Ihrem Therapeuten oder Ihrer Therapeutin besprechen, um zu entscheiden, wie Sie am besten vorgehen (Erwägung des Rücktritts, siehe Rückzugsklausel).

## Ethik-Kommission

Diese Studie wurde der Ethikkommission beider Basel (EKBB) vorgestellt und von ihr genehmigt.

## Versicherungsschutz

Sollten sich aus Ihrer Teilnahme nachteilige Folgen ergeben, besteht eine angemessene Versicherungsdeckung. Zu diesem Zweck hat die Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal eine Versicherung abgeschlossen. Im Zweifelsfall wenden Sie sich bitte an die verantwortliche Studienpsychologin Dr. P. Agarwalla

Sie weiss über die geltende Gesetzgebung Bescheid, verfügt über die entsprechenden Unterlagen und wird für Sie die notwendigen Schritte einleiten.

## Rückzugsklausel

Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig, nach ausführlicher Information und Beantwortung aller Ihrer Fragen. Bei allfälligen Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich bitte an Frau Dr. P. Agarwalla. Sie können sich jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, von der Studie zurückziehen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile für Ihre therapeutische Betreuung oder anderer Art erwachsen.

## Ärztliche Schweigepflicht, Handhabung der Daten

Auf den Schutz der Daten wird in der Untersuchung mit grösster Sorgfalt geachtet. Alle im Rahmen der Studie anfallenden Informationen werden vertraulich behandelt und aufbewahrt. Zu diesem Zweck werden alle Patientinnen und Patienten mit Chiffren anonymisiert. Die Fragebögen werden unter Verschluss in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal aufbewahrt. **Zugang zu den Daten haben ausschliesslich die an der Auswertung des Datenmaterials beteiligten Mitarbeiter.** Die Verwendung für andere, wie z.B. Schulungen oder Fortbildungen ist streng verboten. Ihre Daten werden zudem anonymisiert ausgewertet.

## **Schriftliche Einverständniserklärung des Patienten zur Teilnahme an einer klinischen Studie**

- Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch.
- Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wissen möchten

**Nummer der Studie:**

**Titel der Studie:**

**Ort der Studie:**

**Leitende Psychologin:**

Name und Vorname:

**Patientin/Patient**

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

- Ich wurde vom/ von der unterzeichnenden TherapeutIn mündlich und schriftlich über die Ziele, den Ablauf der Studie, über die zu erwartenden Wirkungen, über mögliche Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert.
- Ich habe die zur oben genannten Studie abgegebene schriftliche Patienteninformation vom 23.8.2010 gelesen und verstanden. Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden. Ich kann die schriftliche Patienteninformation behalten und erhalte eine Kopie meiner schriftlichen Einverständniserklärung.
- Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen.
- Ich bin darüber informiert, dass eine Versicherung Schäden deckt, falls solche im Rahmen der Studie auftreten.
- Ich weiss, dass meine persönlichen Daten nur in anonymisierter Form an aussenstehende Institutionen zu Forschungszwecken weitergegeben werden. Ich bin einverstanden, dass die zuständigen Fachleute des Studienauftraggebers, der Behörden und der Kantonalen Ethikkommission zu Prüf- und Kontrollzwecken in meine Originaldaten Einsicht nehmen dürfen, jedoch unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit.
- Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass mir deswegen Nachteile bei der weiteren medizinischen Betreuung entstehen. In diesem Fall werde ich zu meiner Sicherheit abschliessend medizinisch untersucht.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten:

Bestätigung des/der leitenden Psychologin: Hiermit bestätige ich, dass ich diesem Patienten/dieser Patientin Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie erläutert habe. Ich versichere, alle im Zusammenhang mit dieser Studie stehenden Verpflichtungen zu erfüllen. Sollte ich zu irgendeinem Zeitpunkt während der Durchführung der Studie von Aspekten erfahren, welche die Bereitschaft des Patienten/der Patientin zur Teilnahme an der Studie beeinflussen könnten, werde ich ihn/sie umgehend darüber informieren.

Ort, Datum

Unterschrift der leitenden Psychologin:

## B Interviewleitfaden für Susann Ziegler

### Interviewleitfaden für Experteninterview mit Susann Ziegler

#### Kontextinformationen

Name .....

Position .....

Institution .....

Datum/Zeit .....

Dauer .....

#### Grundkonzept

Offener, halbstrukturierter Interviewleitfaden.

Gezielt nachfragen; Fallbeispiele erwünscht.

Das Interview gliedert sich in die Kapitel A – E. Die nummerierten Fragen sind obligatorisch, die Fragen mit kleinen Buchstaben können bei Bedarf, resp. wenn Ausführungen dazu fehlen, gestellt werden.

#### Einleitung

Besten Dank, dass Sie sich für ein Interview bereit erklärt haben. Ihre Aussagen werden für meine Masterarbeit an der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Psychologie, zum Thema „Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen und Sucht“ verwendet.

In der KPD Liestal ist im Mai 2010 eine neue Abteilung für die Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen aufgegangen, welche eine mögliche komorbide Suchterkrankung in das Behandlungskonzept integriert. In den vergangenen Monaten wurde auf dieser Abteilung eine Evaluation aufgebaut und durchgeführt. Parallel dazu wurde die aktuelle Literatur bezüglich der Doppeldiagnosen Persönlichkeitsstörungen und Sucht bearbeitet. Anhand dieser Grundlagen ergaben sich im Verlauf weiterführende oder vertiefende Fragen, mit denen ich Heute an Sie als Experte Ihrer Institution gelange.

Komorbide Suchterkrankungen bei Persönlichkeitsstörungen umfassen diverse Substanzen. Diese Studie befasst sich hauptsächlich mit den Substanzen: Alkohol, Cannabis und Medikamente. Fragen zur Komorbidität beziehen sich daher auf die genannten Substanzen.

Mit Ihrem Einverständnis wird das folgende Interview auf Tonband aufgezeichnet und nach der Bearbeitung gelöscht.

Wenn Sie sich für die komplette Arbeit interessieren, werde ich Ihnen gerne ein Exemplar der fertigen Masterarbeit zustellen (voraussichtlich Sommer 2011).



### A. Einstiegsfragen

1. Wie würden sie die Patienten und Patientinnen charakterisieren, die sich für eine Behandlung auf ihrer Abteilung entscheiden?
  - a. Diagnostisches (Achse I und Achse II Diagnosen)
  - b. Strukturelles
  - c. Motivation
  - d. Bindungsmuster
  
2. Drop-Outs waren während der Evaluation ein grosses Thema (4 von 11 Patientinnen). Dafür zeigten sich unterschiedliche Gründe Was sind aus Ihrer Sicht Mechanismen, die zum Drop-Out führen?
  - a. Sensibilisierung vorhanden für Doppeldiagnosen?
  - b. Remission von Persönlichkeitsstörung nach Remission von Sucht?
  - c. Wie funktioniert die Zuteilung bei mehreren Abteilungen?
    - c1. Zuteilung in Suchtinstitution bei im Vordergrund stehender Sucht, resp. Zuteilung in Psychiatrie bei im Vordergrund stehender Persönlichkeitsstörung
  
3. Während der Evaluation gab es über einen gewissen Zeitraum mehrere freie Betten auf der Station A5. Die Prävalenzraten für Doppeldiagnosen von Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen zeigen auf, dass viele Menschen davon betroffen sind. Was könnten Gründe für eine Unterbelegung sein?

### B. Fallstricke, Intervention und Theorie

1. Wo sehen Sie Schwierigkeiten in der Behandlung der Menschen, die sowohl unter einer Persönlichkeitsstörung als auch einer Suchtproblematik leiden?
  - a. Fallbeispiele?
    - a1: Bei der Patientin R.S. fand ich in den Akten, dass die Therapie motivation von Beginn weg brüchig war. Weshalb war aus Ihrer Sicht die Therapie trotzdem beginnenswert?
  
    - a2: Die Patienten M.Dü. wollte sich nicht mit der Suchtproblematik (Cannabis) beschäftigen. Wie wichtig ist für Sie der Doppelfokus auf beide Erkrankungen?
  
    - a3: Bei der Patientin M.Da. zeigte sich ebenfalls eine brüchige Motivation. Wie stärken Sie die Motivation der Patienten?
  
  - b. Motivation zur Veränderung scheint ein zentraler Punkt in der Therapie von Menschen mit DD in verschiedenen Therapierichtungen zu sein. Wie erleben Sie das?
  
  - c. Die Hypothese, dass Menschen mit der DD einer Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung generell einen schlechteren Out-Come aufweisen, wird widersprüchlich diskutiert (z.B. gleiche Fortschritte, aber bei der Baseline bei DD-Patienten schlechtere Ausgangswerte). Die Forschung berichtet von erheblichen Drop-Out-Zahlen. Wie sieht das in Ihrer Institution aus? Was unternehmen sie dagegen?
  
  - d. Welche Ansichten vertreten Sie bezüglich Flexibilität und Strukturiertheit in Bezug auf Patienten und Patientinnen mit der DD einer Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung?
  
2. Wo befinden sich aus Ihrer Sicht Problemfelder der Behandlungssysteme in Bezug auf komorbid erkrankte Menschen?

- a. Fallbeispiele?
  - b. Ihr Therapiekonzept basiert auf (StartAgain: systemischen; PTA/PTK: Psychoanalytischen; KPD: Psychoanalytischen; IPW: verschiedene) Konzepten. In der Literatur finden sich unter den „als gut evaluiert“ bezeichneten Therapien zwei Ansätze aus der Kognitiv-behavioralen Richtung. Eine Studie befasst sich mit einer Psychodynamischen Psychotherapie bei Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung und Suchtproblematik und berichtet dabei von Verbesserungen in relevanten Symptombereichen. Wo sehen Sie die Vorteile Ihres Therapiekonzeptes?
    - i. Wo die Nachteile?
    - ii. Teilkonzepte der KVT (z.B. Skillstraining, Achtsamkeit, Psychoedukation, etc.)?
    - iii. Start Again: Erfahrungswerte mit Meditation?
3. Wie sieht aus Ihrer Sicht ein sinnvolles therapeutisches Vorgehen bei Menschen mit dieser Art Doppeldiagnosen aus?
- a. Welche Elemente betrachten Sie in der Behandlung dieser Klientel als unerlässlich
  - b. Welchen Stellenwert nimmt die Behandlung der SMA in Ihrer Institution ein?
    - i. Spezifische Konzepte für die Behandlung der SMA?
    - ii. Explizite Behandlung beider Erkrankungen und allenfalls zusätzlicher Achse-I Komorbiditäten?
    - iii. Was versprechen sie sich von völliger Abstinenz?
  - c. Eine besondere Bedeutung in der Behandlung komorbid erkrankter Menschen mit Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung kommt der Beziehung zwischen Therapeut und Patient zu. Wie gestalten Sie diese Beziehungen und was hat dies für Auswirkungen auf die Patienten?
    - i. Wenn man sich für eine Behandlung auf der Abteilung A5 entscheidet, ist von einer Therapiedauer von 12 Wochen auszugehen. Neu bieten sie auch fünf Wochen an. Was versprechen Sie sich von einer kürzeren Therapiedauer?
    - ii. Supervision
    - iii. Drop out aufgrund interpersoneller Probleme mit Behandlungsteam?

### **C. Bindungsmuster**

1. Wie wichtig ist das soziale Netz eines Patienten/einer Patientin für die Remission der Erkrankung?

### **D. Entlassungsplanung**

1. Wie geht Ihre Institution mit Angehörigenarbeit um?
2. Was ist Ihnen wichtig bezüglich der Nachsorgeplanung?
  - iv. Ambulante Therapie
  - v. Spezifische Gruppen für Sucht (AA)

### **E. Abschlussfrage**

Wenn Sie sich in Bezug auf die Behandlung der Menschen mit der DD einer Persönlichkeitsstörung und Sucht etwas wünschen könnten, was wäre das?

Besten Dank für das Gespräch!

## C Interviewleitfaden für externe Experten

### Interviewleitfaden für Experten- und Expertinnengespräche

#### Kontextinformationen

Name .....

Position .....

Institution .....

Datum/Zeit .....

Dauer .....

#### Grundkonzept

Offener, halbstrukturierter Interviewleitfaden.

Gezielt nachfragen; Fallbeispiele erwünscht.

Das Interview gliedert sich in die Kapitel A – E. Die nummerierten Fragen sind obligatorisch, die Fragen mit kleinen Buchstaben können bei Bedarf, resp. wenn Ausführungen dazu fehlen, gestellt werden.

#### Einleitung

Besten Dank, dass Sie sich für ein Interview bereit erklärt haben. Ihre Aussagen werden für meine Masterarbeit an der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Psychologie, zum Thema „Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen und Sucht“ verwendet.

In der KPD Liestal ist im Mai 2010 eine neue Abteilung für die Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen aufgegangen, welche eine mögliche komorbide Suchterkrankung in das Behandlungskonzept integriert. In den vergangenen Monaten wurde auf dieser Abteilung eine Evaluation aufgebaut und durchgeführt. Parallel dazu wurde die aktuelle Literatur bezüglich der Doppeldiagnosen Persönlichkeitsstörungen und Sucht bearbeitet. Anhand dieser Grundlagen ergaben sich im Verlauf weiterführende oder vertiefende Fragen, mit denen ich heute an Sie als Experte Ihrer Institution gelange.

Komorbidie Suchterkrankungen bei Persönlichkeitsstörungen umfassen diverse Substanzen. Diese Studie befasst sich hauptsächlich mit den Substanzen: Alkohol, Cannabis und Medikamente. Fragen zur Komorbidität beziehen sich daher auf die genannten Substanzen.

Mit Ihrem Einverständnis wird das folgende Interview auf Tonband aufgezeichnet und nach der Bearbeitung gelöscht.

Wenn Sie sich für die komplette Arbeit interessieren, werde ich Ihnen gerne ein Exemplar der fertigen Masterarbeit zustellen (voraussichtlich Sommer 2011).

#### **A. Einstiegsfragen**

4. Wie würden sie die Patienten und Patientinnen charakterisieren, die sich für eine Behandlung in ihrer Institution / auf ihrer Abteilung entscheiden?
  - a. Diagnostisches (Achse I und Achse II Diagnosen)
  - b. Strukturelles
  - c. Motivation
  - d. Bindungsmuster

- e. Hinweise aus der Literatur auf verstärkte Problematik bei Antisozialer und Borderline Persönlichkeitsstörungen. Ähnliche Erfahrungen oder zeigen sich bei Ihnen Menschen mit anderen Persönlichkeitsstörungen oder einem Missbrauch einer spezifischen Substanz mit schwerwiegenderen Problematikern?
5. In der Literatur werden hohe Prävalenzzahlen bezüglich der Doppeldiagnosen Persönlichkeitsstörungen und Sucht genannt. Bestätigen sich diese Angaben in Ihrer Institution?
- a. Sensibilisierung vorhanden für Doppeldiagnosen?
  - b. Remission von Persönlichkeitsstörung nach Remission von Sucht?
  - c. Wie funktioniert die Zuteilung bei mehreren Abteilungen?
    - c1. Zuteilung in Suchtinstitution bei im Vordergrund stehender Sucht, resp. Zuteilung in Psychiatrie bei im Vordergrund stehender Persönlichkeitsstörung

## **B. Fallstricke, Intervention und Theorie**

4. Wo sehen Sie Schwierigkeiten in der Behandlung der Menschen, die sowohl unter einer Persönlichkeitsstörung als auch einer Suchtproblematik leiden?
- a. Fallbeispiele?
  - b. Leere Betten?
  - c. Motivation zur Veränderung scheint ein zentraler Punkt in der Therapie von Menschen mit DD in verschiedenen Therapierichtungen zu sein. Wie erleben Sie das?
    - a. Wie fördern Sie die Motivation?
    - b. Was tun Sie, wenn Motivation für eine Therapie nicht vorhanden ist, Hilfe aber dringend indiziert scheint?
  - d. Die Literatur zeigt sich bezüglich der Problematik einer komorbiden Cannabisabhängigkeit spärlich. In der Evaluation der KPD zeigte sich, dass bei Patienten und Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen und komorbider auf Cannabis bezogener Suchterkrankung, die Behandlungsmotivation eher dürftig bzw. brüchig ist. Wie soll man aus Ihrer Sicht und aus Ihrem Therapieansatz heraus mit diesen Patienten umgehen?
  - e. Die Hypothese, dass Menschen mit der DD Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung generell einen schlechteren Out-Come aufweisen, wird widersprüchlich diskutiert (z.B. gleiche Fortschritte, aber bei der Baseline bei DD-Patienten schlechtere Ausgangswerte). Die Forschung berichtet von erheblichen Drop-Out-Zahlen. Wie sieht das in Ihrer Institution aus? Was unternehmen sie dagegen?
  - f. Welche Ansichten vertreten Sie bezüglich Flexibilität und Strukturiertheit in Bezug auf Patienten und Patientinnen mit der DD Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung?
5. Wo befinden sich aus Ihrer Sicht Problemfelder der Behandlungssysteme in Bezug auf komorbid erkrankte Menschen?
- a. Fallbeispiele?
  - b. Ihr Therapiekonzept basiert auf (StartAgain: systemischen; PTA/PTK: Psychoanalytischen; KPD: Psychoanalytischen; IPW: verschiedene) Konzepten. In der Literatur finden sich unter den „als gut evaluiert“ bezeichneten

Therapien zwei Ansätze aus der Kognitiv-behavioralen Richtung. Eine Studie befasst sich mit einer Psychodynamischen Psychotherapie bei Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung und Suchtproblematik und berichtet dabei von Verbesserungen in relevanten Symptombereichen. Wo sehen Sie die Vorteile Ihres Therapiekonzeptes?

- i. Wo die Nachteile?
  - ii. Teilkonzepte der KVT (z.B. Skillstraining, Achtsamkeit, Psychoedukation, etc.)?
  - iii. Start Again: Erfahrungswerte mit Meditation?
6. Wie sieht aus Ihrer Sicht ein sinnvolles therapeutisches Vorgehen bei Menschen mit dieser Art Doppeldiagnosen aus?
- a. Welche Elemente betrachten Sie in der Behandlung dieser Klientel als unerlässlich?
  - b. Welchen Stellenwert nimmt die Behandlung der SMA in Ihrer Institution ein?
    - i. Spezifische Konzepte für die Behandlung der SMA?
    - ii. Explizite Behandlung beider Erkrankungen und allenfalls zusätzlicher Achse-I Komorbiditäten?
    - iii. Verlangen sie absolute Abstinenz von Beginn weg oder in „Raten“?
  - c. Eine besondere Bedeutung in der Behandlung komorbid erkrankter Menschen mit Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung kommt der Beziehung zwischen Therapeut und Patient zu. Wie gestalten Sie diese Beziehungen und was hat dies für Auswirkungen auf die Patienten?
    - i. Behandlungsdauer
    - ii. Supervision
    - iii. Drop out aufgrund interpersoneller Probleme mit Behandlungsteam?

### **C. Bindungsmuster**

2. Wie wichtig ist das soziale Netz eines Patienten/einer Patientin für die Remission der Erkrankung?

### **D. Entlassungsplanung**

3. Wie geht Ihre Institution mit Angehörigenarbeit um?
4. Was ist Ihnen wichtig bezüglich der Nachsorgeplanung?
  - iv. Ambulante Therapie
  - v. Spezifische Gruppen für Sucht (AA)

### **E. Abschlussfrage**

Wenn Sie sich in Bezug auf die Behandlung der Menschen mit DD Persönlichkeitsstörung und Sucht etwas wünschen könnten, was wäre das?

Besten Dank für das Gespräch!

## D Ausgangslage für Kategoriensystem

<b>Hauptkategorie</b>	<b>Unterkategorie</b>
Organisation – Stellenmanagement und Behandlungsorientierung	Personal Theoretische Orientierung Rahmenbedingungen der Therapie
Praxis des Managements: Implementierung klinischer Leitlinien	Implementierung klinischer Leitlinien Case-Management Therapeutische Arbeitsbeziehung Zufriedenheit bezüglich des Therapieprogramms
Service: Assessment und Diagnosestellung	Therapiemodule Motivationsarbeit Angehörigenarbeit Rehabilitation Diagnostik Medikation
Grundsätze: Enge Begleitung von Menschen mit Doppeldiagnosen	Aussere Struktur

## E Kategoriensystem nach erstem Materialdurchgang

<b>Deskriptive Faktoren</b>	
Experten sowie Expertin und deren Institutionen	Beschreibung der Klientel Diagnostische Merkmale Zu Grunde liegende theoretische Orientierungen Ausrichtung bezüglich Suchterkrankung
<b>Förderliche Faktoren</b>	
Organisation – Stellenmanagement und Behandlungsorientierung	Personal Theoretische Orientierung Rahmenbedingungen der Therapie
Praxis des Managements: Implementierung klinischer Leitlinien	Implementierung klinischer Leitlinien Case-Management Therapeutische Arbeitsbeziehung
Service: Assessment und Diagnosestellung	Therapiemodule Motivationsarbeit Angehörigenarbeit Rehabilitation Diagnostik Medikation
Grundsätze: Enge Begleitung von Menschen mit Doppeldiagnosen	Aussere Struktur
Patienten- und Patientinnenvariablen	
Ökonomie	
<b>Hinderliche bzw. erschwerende Faktoren</b>	
Organisation: Stellenmanagement und Behandlungsorientierung	Personal Theoretische Orientierung Rahmenbedingungen der Therapie
Praxis des Managements: Implementierung klinischer Leitlinien	Implementierung klinischer Leitlinien Therapeutische Arbeitsbeziehung Therapiemodule Angehörigenarbeit Rehabilitation Diagnostik Medikation
Service: Assessment und Diagnosestellung	Therapiemodule Angehörigenarbeit Rehabilitation Diagnostik Medikation
Grundsätze: Enge Begleitung von Menschen mit Doppeldiagnosen	Aussere Struktur
Patienten- und Patientinnenvariablen	
Ökonomie	

## F Definitives Kategoriensystem

	Ebene I	Ebene II	Ebene III	Ankerbeispiel	Beschreibung
Deskriptive Faktoren	Experten sowie Expertin und deren Institutionen	Beschreibung der Klientel Diagnostische Merkmale Zu Grunde liegende theoretische Orientierungen Ausrichtung bezüglich Suchterkrankung		<i>Also ich denke das eine ist eine Gruppe Patienten, die tatsächlich interessiert ist etwas bei sich zu verändern, die auch einen Leidensdruck haben wo ihnen bewusst ist, dass etwas bei sich ist. Und dann gibt aber ein ganz grosser Teil Patienten, die einen Leidensdruck haben, aber letztlich so mit dem Vorbehalt kommt, kann echt das Schicksal mir auch noch besser äh zuspiesen als es bis jetzt hat? (Ex.1, S.2)</i>	Diese Ebene enthält Angaben zur rein deskriptiven Beschreibung der Klientel. Was für Menschen suchen Hilfe in den Institutionen, welche diagnostischen Merkmale treffen auf sie zu, welche theoretischen Ausrichtungen liegen den Institutionen zugrunde und welchen Anspruch haben sie in Bezug auf den Umgang mit den Substanzen.
Förderliche Faktoren	Organisation – Stellenmanagement und Behandlungsorientierung	Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervision</li> <li>• Austausch</li> <li>• Aufgabenverteilung</li> <li>• Intervision, Coaching und Teaching</li> <li>• Einbezug der Pflegemitarbeitenden in therapeutische Prozesse</li> <li>• Mit Herzblut dabei sein</li> </ul>	<i>„ (...) die (Einzelsupervision, Anm. d. Verf.) finde ich schon noch ganz wichtig, weil eigentlich kommen dort dann auch, sagen wir die schwierigeren, nicht so schönen Gefühle (...) dann können wir zusammen schauen, wie kann man damit konstruktiv umgehen (...)“ (Ex.1, S.11).</i>	Unter diese Kategorie fallen Aussagen zum Austausch im Team, zu unterstützenden Massnahmen für das Team und zur Ausbildung resp. dem Einsetzen von verschiedenen Fachpersonen in unterschiedlichen Gebieten.



Praxis des Managements: Implementierung klinischer Leitlinien	Theoretische Orientierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychodynamische Hauptausrichtung mit Ergänzungen durch verhaltenstherapeutische Module</li> <li>• Zweistufige theoretische Orientierung</li> <li>• Psychodynamische Orientierung für Verständnis und Fokussierung</li> <li>• Psychodynamische Orientierung zur Beziehungsbearbeitung</li> <li>• Verhaltenstherapeutische Module für therapeutischen Einbezug der Pflegemitarbeitenden</li> <li>• Verhaltenstherapeutische Module zur Bearbeitung der Süchtigkeit</li> <li>• Etablierung einer Therapieform als Grundorientierung</li> <li>• Der Mensch steht im Mittelpunkt</li> <li>• Gemeinsame Sprache der Objektbeziehungstheorie</li> <li>• Gruppe als therapeutisches Mittel</li> </ul>	„(...) <i>vielleicht zunächst solche verhaltenstherapeutische Interventionen wirksam sind um vorzubereiten, auf nachher eine vertiefte oder andere Form von verstehensorientierter Therapie, wo die Beziehung im Zentrum steht</i> “ (Ex. 2, S.11).	Diese Kategorie umfasst Aussagen zu den grundsätzlichen förderlichen Faktoren der theoretischen Ausrichtung. Was wird angewendet, und wo wird eine spezifische Orientierung als hilfreich erlebt.
	Rahmenbedingungen der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feste Therapievereinbarungen</li> <li>• Langzeitausrichtung</li> <li>• Flexibilität bezüglich Therapiedauer</li> <li>• Individuelles Eingehen auf die Bedürfnisse</li> <li>• Verständnisförderung innerhalb der Gruppe</li> <li>• Diskussion über Flexibilität und Rigidität informiert über individuellen derzeitigen Standort eines Patienten/einer Patientin</li> </ul>	„ <i>Ich möchte, dass die Patienten das Gefühl haben, es wird individuell auf sie eingegangen</i> “ (Ex.1, S, 6).	Aussagen zu Rahmenbedingungen, wie zur Therapiedauer, die Handhabung von Individualität und Rigidität sollen hier Platz finden.
	Implementierung klinischer Leitlinien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doppelfokus auf Sucht- und Persönlichkeitserkrankung</li> <li>• Eigendynamik der Sucht beachten</li> <li>• Geeignete Instrumente für Psychiatrien</li> <li>• Zuteilung nach im Vordergrund stehender Erkrankung</li> </ul>	<i>Ja genau. Also es geht hauptsächlich um Alkohol und Drogen, wo wir schauen, dass die vorbehandelt sind und die Leute eine gewisse Stabilität haben, in dem Konsumverhalten.</i> (Ex.2, S.4)	Diese Kategorie umfasst Aussagen zu klinischen Leitlinien in Bezug auf die Fokussierung (Sucht oder Persönlichkeitsstörung) und über die Zuteilung in entweder eine Suchtfachklinik oder Psychiatrie.
	Case-Management	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapeutische und pflegerische Bezugspersonen</li> <li>• Bezugsperson übergreifend in stationärem und ambulantem Setting</li> </ul>	<i>Das sind jetzt unsere Modelle mit dem integrierten Versorgung wo man vom stationären Bereich dann in den Ambulanten und dass man auch teilweise Personal Klinik-</i>	Aussagen zur förderlichen Eins-zu-Eins-Betreuung sollen hier subsumiert werden

Service: Assessment und Diagnosestellung				<i>übergreifend oder bis in die Ambulanz hinaus hin und her jonglieren können. (Ex.4, S12)</i>	
	Therapeutische Arbeitsbeziehung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verständnis für Krankheitsentwicklung zeigen</li> <li>• Vertrauensbasis erarbeiten</li> <li>• Anerkennen des Leides des Gegenübers</li> <li>• Über-Ich-Entlastung</li> <li>• Genaue Überwachung von Übertragungsphänomenen</li> <li>• Echte Beziehungsangebote machen</li> <li>• Therapie der Persönlichkeitsstörung über Beziehung</li> <li>• Unterstützende Massnahmen für abstinentes Leben anbieten</li> </ul>		<i>„Also wenn man rigide einfach Therapievereinbarungen durchzieht, dann ist man die Patienten bald los, das sind keine Beziehungsangebote. Und wenn man flexibel ist, sind es genau so wenig Beziehungsangebote“ (Ex. 2, S. 9).</i>	Aussagen zur Gestaltung und unerlässlichen Punkten in der Beziehungsgestaltung zwischen therapeutischem Team/therapeutischer Person und der Klientel, die zum Therapieerfolg beitragen, sollen hier vermerkt werden.
	Therapiemodule	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meditation zur Bearbeitung der Süchtigkeit</li> <li>• Psychoedukation zur kognitiven Aufklärung</li> <li>• Psychoedukation als Mittel zur Verhinderung von Machtkämpfen in der Beziehung zwischen zu therapierender und therapeutischer Person</li> </ul>		<i>„man arbeitet nicht mit irgendwelchen Mandalas, man arbeitet nicht darauf hin, den Zustand oder Etwas zu beeinflussen, sondern einfach mit dem umzugehen, was ist“ (Ex. 3, S. 7)</i>	Aussagen zu einzelnen, als wirksam erlebte Therapiemodule, sollen hier kodiert werden.
	Motivationsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivation wird vorausgesetzt</li> <li>• Motivationsarbeit über Beziehung</li> <li>• Motivationale Gesprächsführung</li> <li>• Präzise Abklärung der Eingangsmotivation</li> <li>• Bewerbungshürden zur Motivationsförderung</li> <li>• Time-Outs zur Motivationsüberprüfung nach Rückfällen</li> <li>• Klienten- und Klientinnengruppe als motivationaler Faktor in der Therapie</li> </ul>		<i>„Auch da finde ich ist die Gruppe eigentlich wirklich das Gute. Weil sie kennen das ja, dass man am Anfang ambivalent ist. Und wenn man, es ist ja auch ein Erfolg, wenn man das übersteht und dann eben trocken bleibt. Und sie unterstützen sich recht gut</i>	Aussagen zur Motivationsvoraussetzung und Motivationsarbeit sowie unterstützenden Merkmalen der Motivation werden in diese Kategorie subsumiert

				<i>selber in dem, dass sie dann eigentlich jemanden mittragen können, so dass er bleibt“ (Ex.3, S.9)</i>	
	Angehörigenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systemische Interventionen</li> <li>• Angehörigenarbeit mit „realen Angehörigen vor Ort“</li> <li>• Angehörigenarbeit im Sinne von Sprechen über die Angehörigen</li> <li>• Wichtige externe soziale Beziehungen</li> <li>• Liebesbeziehungen als Förderfaktor</li> <li>• Peer-Gruppe als überlebenswichtiger Faktor für Jugendliche</li> </ul>		<i>Ja also es ist so, wir sind absolute Befürworter davon, dass die Leute Beziehungen eingehen und aufbauen und dass eigentlich eine gute partnerschaftliche Beziehung, eine Liebesbeziehung und auch gute Freundschaften, dass das ja nur gefördert werden kann (Ex.3, S.3)</i>	Welche Ansätze werden für das Arbeiten mit Angehörigen verwendet, welche Beziehungen als wichtig erachtet und was alles beinhaltet die förderliche Angehörigenarbeit. Diesbezügliche Aussagen werden in dieser Kategorie subsumiert.
	Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umsichtige Austrittsplanung</li> <li>• Anschluss an Suchtgruppe</li> <li>• Vermehrte Beachtung rehabilitativer Ansätze (Reintegration in die Arbeitswelt)</li> <li>• Gestufte Übergänge anbieten</li> </ul>		<i>„so dass Patienten sich Belangen widmen, die nachher, wenn sie ausgetreten sind, wichtig werden“ (Ex. 2, S. 10).</i>	Aussagen zu förderlichen Faktoren der rehabilitativen Ausrichtung, wie z.B. unerlässliche Anschlussgruppen, werden hier kategorisiert.
	Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anstreben von „sauberen Diagnosen“</li> <li>• Beachten von überschneidenden Diagnosekriterien</li> <li>• Persönlichkeitsstörungen erst nach abgeschlossener Identitätsbildung diagnostizieren</li> <li>• Sucht im Jugendalter als Durchgangssyndrom</li> </ul>		<i>„(...) wenn sie 25 sind, tut man das meist als Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostizieren. Man könnte aber auch sagen, das ist eine Adoleszenz, die noch nicht weiter ist (...), also weil sie angefangen haben zu Saufen</i>	Empfehlungen zum förderlichen Umgang mit der Diagnostik bei Menschen mit Doppel Diagnosen sollen hier kategorisiert werden.

				<i>und dann so quasi die inneren Prozesse nicht abschliessen konnten“ (Ex. 4, S. 3).</i>	
		Medikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Als unterstützendes Element</li> </ul>	<i>„Also ich finde, viele Medikamente bringen nichts. Aber eine gewisse Unterstützung hilft schon“ (Ex. 4, S. 11).</i>	Aussagen zu förderlichen Faktoren der Medikation sollen hier subsumiert werden.
	Grundsätze: Enge Begleitung von Menschen mit Doppeldiagnosen	Aussere Struktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verhaltenskontrollen bezüglich Abstinenz</li> <li>Abschliessen von Suchtverträgen</li> <li>Psychotherapie unter Substitution</li> <li>Zentraler Standort</li> <li>Feste Vereinbarungen</li> <li>Etablierung des Rahmens nach allfälligem Rückfall</li> </ul>	<i>„ein klarer Kopf und Auseinandersetzungen mit sich selbst, wo nicht irgendwie verfiltert ist mit etwas, was einem so den Problemlösen enthebt“ (Ex. 1, S.9).</i>	Aussagen zur förderlichen äusseren Struktur, wie die Vereinbarung von Suchtverträgen, Angaben zu Standorten oder zu festen Therapiebestimmungen werden hier eingetragen.
	Patientenvariabeln		<ul style="list-style-type: none"> <li>Intrinsische Motivation</li> <li>Gute Struktur</li> <li>Grosser Leidensdruck in der Vorgeschichte</li> <li>Nicht zu stark ausgeprägte Krankheitsbilder</li> <li>Vorbehandeltheit der Suchterkrankung</li> <li>Introspektionsfähigkeit, erhaltene Realitätskontrolle</li> <li>Mut von sozial zurückgezogenen, sich auf die Gruppe einzulassen</li> </ul>	<i>„(...) also, dass sie Introspektionsfähigkeiten haben und, dass sie auch die Möglichkeit haben, ihre Situation wo sie drin sind, sozial, in Beziehungen mit anderen (...) wahr zu nehmen und auch ein Stück weit zu beurteilen“ (Ex.2, S.2)</i>	Welche Variablen der Klientel werden als förderlich für die Therapie erlebt. Diese Kategorie umfasst Aussagen zu förderlichen Variablen bezüglich Motivation, Struktur, Leidensdruck, Ausmass der Erkrankung etc.

	Ökonomie		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kreative Neuerungen und fundierte Überlegungen zum Thema, wer braucht was</li> <li>• Ausreichend Zeit und Angebote für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen</li> <li>• Ineinander greifende Finanzierungssysteme zur Finanzierung der Netzwerkarbeit</li> <li>• Stationäre Einrichtungen als Servicestationen für ambulante Einrichtungen</li> </ul>	<p><i>„Und das bedingt, wenn man so etwas machen will, dann kann man schon spezialisierte Gruppendiagnosestationen haben, das ist gut möglich, aber das ist immer nur ein kurzer Aufenthalt, sechs, 12 Wochen, maximal bei bezahlten. Und nachher geht es draussen weiter. Und Sucht ist eine chronifizierte Störung (...) und Persönlichkeitsstörung ist definitionsgemäss eine solche Störung, also findet da noch was statt“ (Ex. 4, S.3).</i></p>	<p>Aussagen zu förderlichen bzw. wünschenswerten Einflüssen der wirtschaftlichen Lage resp. der Ökonomie werden unter diese Kategorie subsumiert.</p>
<p><b>Hinderliche bzw. erschwerende Faktoren</b></p>	<p>Organisation: Stellenmanagement und Behandlungsorientierung</p>	<p>Personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anspruchsvollere Vergangenheiten der Klientel fordern die therapeutischen Teams</li> <li>• Fehlende Reflektion führt zu spaltenden Auseinandersetzungen</li> <li>• Agierpotential insbesondere bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstrukturniveau beachten</li> <li>• Fehlende fachliche Unterstützung</li> <li>• Fehlende therapeutische Tiefe bei Leitung der Verhaltenstrainings durch Mitarbeitende der Pflege</li> </ul>	<p><i>„das beeindruckt mich zu tiefst, schon die Anamnese-geschichten auf sich zu nehmen und zu behandeln. Ich habe in all dieser psychiatrischen Karriere noch nie so dicht Bosheit, Vernachlässigung, Fiesheit von Eltern erlebt, wie was diese Leute einem erzählen“ (Ex. 1, S.6).</i></p>	<p>Aussagen zu ungünstigen Einflussfaktoren des therapeutischen Teams selbst, von Patientenvariablen in Bezug auf das Team sowie weitere erschwerende Faktoren in Bezug auf die erfolgreiche Therapie unter Einbezug des Teams werden hier subsumiert.</p>

		Theoretische Orientierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unklarheit, für wen, welche Therapie geeignet ist</li> <li>• Fehlendes Verständnis der objektbeziehungstheoretischen Grundlagen</li> </ul>	<p>„Also wenn ich heute Weiterbildungen zu dem mache, kann ich diese Terminologie nicht mehr brauchen, weil das einfach niemand mehr versteht. Entweder sie sind Systemiker oder verhaltenstherapeutisch ausgebildet. Also die Phänomene sehen sie (...), aber das Erklärungsmodell, das versteht man heute nicht mehr“ (Ex.4, S.2).</p>	Aussagen zu erschwerenden Faktoren der theoretischen Ausrichtung in Bezug auf den Therapieerfolg werden hier eingetragen.
		Rahmenbedingungen der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf Gerechtigkeit plädierende Gruppe erschwert Fallindividualität</li> </ul>	<p>„dass man vielleicht manchmal denkt, im Grunde würde man jetzt da vielleicht eher flexibel sein, aber im Sinne der Gemeinschaft ist es auch wichtig zu zeigen, dass halt jemand genau gleich behandelt wird, wie ein anderer“ (Ex.2, S.9)</p>	Hinderliche Faktoren, welche die Rahmenbedingungen der Therapie gefährden können, werden in dieser Kategorie subsumiert.
	Praxis des Managements: Implementierung	Implementierung klinischer Leitlinien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stellenwert, der einzeltem Krankheitsbild zukommen soll, ist nicht geklärt</li> <li>• Fehlende Konzepte für die Arbeit an Doppeldiagnosen</li> <li>• Zuteilung zu Institution (Sucht/Psychiatrie) bedingt Stellenwert des einzelnen Krankheitsbildes</li> <li>• Unterschätzung der Süchtigkeit kann zur Vermeidung des Vordergründigen führen</li> </ul>	<p>„(...) wie integriert oder separat muss man die Suchtproblematik mit diesen Patienten angehen“ (Ex.1, S.8).</p>	Hinderliche oder erschwerende Faktoren bezüglich der Implementierung klinischer Leitlinien sollen hier kodiert werden.

		Therapeutische Arbeitsbeziehung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abwertung über Diagnosen</li> <li>• Aufgrund fehlender Grundlagen, Nicht-Erkennen von Spaltungsphänomenen</li> <li>• Therapeutisches Mitagieren kann zu Verstossungen führen</li> </ul>	<i>Denn ein Problem des Agierens ist, dass wir dann mitagieren, und über das mitagieren verstoßen wir dann den Patienten (Ex.4, S.6)</i>	Hinderliche Faktoren in der therapeutischen Arbeitsbeziehung sollen hier eingefügt werden.
Service: Assessment und Diagnosestellung		Therapiemodule	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppentherapie erschwert für Menschen mit sozialen Ängsten</li> <li>• Fehlende Therapieformen für die Bearbeitung der Süchtigkeit</li> </ul>	<i>Also man sieht es auch, wenn das Verhalten geprägt ist von dem suchtartigen, dann sind unsere Therapieformen nicht so effektiv (Ex.2, S.4)</i>	Berichtete Schwierigkeiten aufgrund von Therapiemodulen oder fehlende Module können hier kodiert werden.
		Angehörigenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liebesbeziehung als Ablenkung von Problematik</li> <li>• Nicht-Tragende Beziehungen</li> </ul>	<i>„(...)gleichzeitig sagen wir aber, wenn ein drogensüchtiger Mensch sich selber genauer betrachten möchte und sich selber auf eine Therapie konzentrieren will, macht es Sinn, dass sie sich wirklich Mal eine Zeit lang ganz auf sich konzentrieren“ (Ex. 3, S. 3)</i>	Ungünstige Einflussfaktoren des externen sozialen Netzes sollen hier eingetragen werden.
		Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rückfälle in Übergangs- oder Neuorientierungsphasen</li> </ul>	<i>„Also Vollversorgung, wo jemand ein Bett hat, Essen erhält, angehalten wird sich zu pflegen, die Kleider zu waschen, er hat den Tag strukturiert, hin bis zu Situationen, wo er das alles alleine organisieren muss“ (Ex. 2, S.10)</i>	Schwierigkeiten bezüglich der Rehabilitation sollen hier kodiert werden.
		Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unsaubere Diagnosen überdecken im Hintergrund stehende</li> </ul>	<i>„(...) jede nicht psy-</i>	Schwierigkeiten

			<p>Problematiken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Irreversible neuronale Veränderungen durch Langzeitkonsum</li> </ul>	<p><i>chotische Störung ist bald eine Persönlichkeitsstörung (...) da wird nicht sehr sauber diagnostiziert“ (Ex. 1, S.3)</i></p>	<p>bezüglich der Diagnostik oder daraus resultierende erschwerende Faktoren sollen hier subsumiert werden.</p>
		Medikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefahr des Missbrauches</li> </ul>	<p><i>Und dort müssen sie natürlich einen normalen Umgang finden, wo sie vielleicht in der Vergangenheit Medikamente wirklich auch zum Drogenkonsum missbraucht haben (Ex.3, S.1)</i></p>	<p>Gefahren der Medikation werden hier subsumiert.</p>
	Grundsätze: Enge Begleitung	Aussere Struktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschluss des Substanzmissbrauches und der Sexualität aus klinischem Alltag</li> <li>• Gefährdung der Therapiegrundfeste durch Rückfall</li> </ul>	<p><i>Beides darf man nicht, sonst wird man entlassen, wenn man das macht.</i></p>	<p>Gefährdungen der äusseren Struktur der Therapie sollen hier eingetragen werden.</p>
	Patienten- und Patientinnenvariablen		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komorbide Suchterkrankung führen zu Drop-Out</li> <li>• Auch nach Entzug vom Charakter her weiterhin süchtig</li> <li>• Ausweichmöglichkeit durch Substanzeinnahme</li> <li>• Negative Beeinflussung der Remission</li> <li>• Eigenleben der Suchterkrankung</li> <li>• Hilfesuchende Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zerstören diese bei Erhalt</li> <li>• Menschen mit gering ausgeprägten Strukturen sind nur erschwert in der Therapie zu halten</li> <li>• Fehlende haltende Elemente erschweren Auseinandersetzung mit sich selbst</li> <li>• Frühzeitige Therapieabbrüche bei Menschen mit Doppeldiagnosen</li> </ul>	<p><i>„noch so eine Form von letztem Residuum, wo man selber darüber bestimmt und niemand was zu sagen hat“ (Ex.2, S.7).</i></p>	<p>Welche Patienten- und Patientinnenvariablen haben einen ungünstigen Einfluss auf die Therapie. Individuelle Variablen sowie der Einfluss der beiden Erkrankungsbilder sollen hier kodiert werden.</p>



	Ökonomie		<ul style="list-style-type: none"><li>• Wirtschaftlicher Einfluss stellt Therapievorhaben in Frage</li><li>• Konkurrenzdruck zwischen Suchtinstitutionen</li><li>• Abstinenz wird weniger unterstützt</li><li>• Therapeutische Individualität wird eingeschränkt</li><li>• Unterschiedliche Denksysteme führen zu Unverständnis untereinander</li></ul>	<i>„Wir haben ja noch mehrere solche Leute gehabt, die immer gefunden haben – Nein, Sucht ist eigentlich kein Problem. Und da hart zu bleiben heisst dann auch, dass wir die Patienten verlieren würden“ (Ex.1, S.5)</i>	Erschwerende Faktoren, die durch den finanziellen Druck oder unterschiedliche Denksysteme gegeben sind, sollen hier kodiert werden.
--	----------	--	---	--	---

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: