

**Zeitschrift:** SuchtMagazin

**Herausgeber:** Infodrog

**Band:** 42 (2016)

**Heft:** 5

**Artikel:** Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT) in Den Haag

**Autor:** Schulte-Wefers, Hella

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-800362>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 29.03.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT) in Den Haag

**In den vergangenen Jahren hat in den Niederlanden das gleichzeitige Auftreten von Abhängigkeitserkrankungen und komorbiden psychischen Störungen zunehmend an Bedeutung gewonnen. Das Doppeldiagnosezentrum in Den Haag bietet für diese Zielgruppe ein Spezialprogramm mit integrativem Behandlungsansatz: Integrated Dual Disorder Treatment. IDDT wird durch ein multi-disziplinäres Team angeboten und kombiniert pharmakologische, psychologische, pädagogische und soziale Interventionen zugeschnitten auf die Bedürfnisse der PatientInnen und ihrer Angehörigen und angepasst an die jeweilige Motivationsphase.**

## Hella Schulte-Wefers

Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Centrum Dubbele Problematiek (CDP) Den Haag, Mangostraat 5, NL-2552 KS Den Haag, Tel.: +31 (0)883 579 611, H.Schulte-Wefers@parnassia.nl, www.palier.nl

Schlagwörter: Komorbidität | integrierte Behandlung | Doppeldiagnose

## Einleitung

Doppeldiagnose bezeichnet im Allgemeinen das gemeinsame Auftreten eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit von einer oder mehreren psychotropen Substanzen (Alkohol/Drogen) und mind. einer anderen psychischen Störung bei einem Patienten, einer Patientin.<sup>1</sup> Hierbei kann es sich um eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, eine bipolare Erkrankung, schwere Depression mit psychotischen Symptomen, ernste Angsterkrankung, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder Persönlichkeitsstörung handeln.

Im «Handboek dubbele diagnose» (Handbuch Doppeldiagnose) weisen die AutorInnen darauf hin, dass Komorbidität bei Sucht und psychischen Erkrankungen häufig vorkommt.<sup>2</sup> Ungefähr die Hälfte aller PatientInnen mit einer schizophrenen Psychose hat zugleich eine Suchterkrankung, 50-80% bei Cluster-B-Persönlichkeitsstörung oder ADHS. Unter affektiven Störungen oder Angsterkrankungen beträgt der Anteil 30%, bei PTBS zwischen 22-43%.<sup>3</sup> Von den PatientInnen mit einer psychiatrischen Störung haben 20-60% eine Suchterkrankung, auf der anderen Seite haben 60-80% der Abhängigen eine psychische Erkrankung.<sup>2</sup>

DoppeldiagnosepatientInnen haben in den vergangenen Jahren sowohl im medizinischen als auch im psychosozialen Versorgungssystem deutlich zugenommen. Dabei gibt es eine Vielzahl von Unsicherheiten hinsichtlich Diagnose, Indikation und Intervention, und die PatientInnen sind für Fachleute des ambulanten und stationären Bereichs diagnostisch und therapeutisch gleichermaßen anspruchsvoll und herausfordernd. Im Spannungsfeld zwischen Sucht und psychischer Erkrankung wurde diese Zielgruppe in den Niederlanden in der Vergangen-

heit in verschiedenen Versorgungseinrichtungen behandelt. In suchtmedizinischen Kliniken war das Team überfordert mit der komorbiden psychischen Erkrankung, in der Akutpsychiatrie bestand zu wenig Kenntnis im Umgang mit der Suchterkrankung. Die Therapie war entweder auf die jeweilige psychische Störung oder auf die Suchterkrankung ausgerichtet, wodurch PatientInnen mit Doppeldiagnose in keinem der beiden Bereiche adäquat behandelt werden konnten.

Die Arbeit mit dem speziellen Klientel hat uns gelehrt, dass ein Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen besteht, was durch epidemiologische Studien bestätigt wurde.<sup>4</sup> Sucht- und psychische Erkrankung können nicht unabhängig voneinander betrachtet werden, sondern beeinflussen sich auf eine komplexe Art und Weise. Daher wird im Allgemeinen davon ausgegangen, dass eine Behandlung, bei der beide Störungen gleichzeitig und auf einer Abteilung therapiert werden, zu bevorzugen ist.

Auf dieser Grundlage wurde für die Zielgruppe ein integriertes Behandlungsmodell entwickelt, das im Doppeldiagnosezentrum in Den Haag eingesetzt wird. Diese spezialisierte Methode wird als IDDT, Integrated Dual Diagnosis Treatment, bezeichnet.

## Doppeldiagnosezentrum Den Haag

Das Doppeldiagnosezentrum «Centrum Dubbele Problematiek» (CDP) wurde 1996 in Den Haag eröffnet, vor dem Hintergrund eines mangelnden Behandlungsangebotes für eine Gruppe langjähriger KonsumentInnen harter Drogen und/ oder Alkohol mit begleitender psychischer Erkrankung. Die spezialisierte Therapie des CDP richtet sich an extrem problematische Drogen- und/oder Alkoholabhängige mit einer Suchtvorgeschichte von durchschnittlich 10 Jahren und einem Alter von 20 - 40 Jahren. Das Ziel der klinischen und ambulanten Therapie im multiprofessionellen Team ist die Verbesserung der Lebensqualität. Das überregionale Behandlungs- und Expertisezentrum unterstützt die PatientInnen auch bei Problemen in anderen Lebensbereichen wie Wohnen, Arbeit und Freizeit. Es ist erfahren im Umgang mit der speziellen Zielgruppe, die oftmals durch kriminelles Verhalten,

Aggressionsdurchbrüche oder Neigung zu Gewalt gekennzeichnet ist. Ein besonderes Augenmerk gilt PatientInnen mit anamnestischen Traumata unterschiedlicher Art und ihrer Behandlung. Träger des CDP ist Palier, eine landesweite Einrichtung der GGZ Nederland (geestelijke gezondheidszorg: psychiatrische Gesundheitsversorgung). Zu den Zielen der GGZ zählen Prävention, Therapie und Genesung von psychischen Erkrankungen als auch Hilfsangebote für Menschen, die verwirrt, verwahrlost oder abhängig sind.

Palier ist Teil der Parnassia Bavo Groep, dem grössten landesweiten Spezialisten in der GGZ mit insgesamt 560 Standorten. Palier vereint intensive und forensische Pflege für PatientInnen mit komplizierten, vielschichtigen Problemen in mehreren Bereichen. Dazu gehören bspw. psychische Erkrankungen und Sucht, die Hand in Hand gehen mit Verhaltensauffälligkeiten (Aggression) und Kriminalität.

Die Zusammenarbeit im CDP erfolgt im multidisziplinären Team, das die PatientInnen sowohl stationär als auch ambulant begleitet, wodurch eine dauerhafte Vertrauensbeziehung aufgebaut werden kann. Das Team setzt sich zusammen aus Fachpersonen aus Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologie, Pflege, Familientherapie, Sozialpädagogik und Ergotherapie. Es wird ergänzt durch sog. «ervaringsdeskundige», d.h. geschulte MitarbeiterInnen, die ehemals selbst drogen- oder alkoholabhängig waren und inzwischen lange abstinent sind.

#### *Aufbau und Behandlungsangebote*

Innerhalb des CDP wird sowohl stationäre als auch ambulante Behandlung angeboten. Stationär erfolgen Aufnahmen auf zwei geschlossenen Stationen mit insgesamt 19 Betten.

Auf der geschlossenen Station CDP 1 mit 24-stündiger Begleitung liegt der Schwerpunkt vor allem in der stationären Entgiftung von Drogen und/oder Alkohol als auch bei der adäquaten Behandlung der komorbiden Störung. Hierbei bedürfen die PatientInnen intensiver Zuwendung und Begleitung: Sie zeigen Impuls- und Aggressionsdurchbrüche, akute Suizidalität oder Selbstverletzung, floride psychotische oder manische Symptome, wenig bzw. keine Krankheitseinsicht und Rückfälle in den Drogen- und/oder Alkoholkonsum. In Einzelfällen ist bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung die Isolierung der PatientInnen in einem der zwei an die Station angegliederten Isolierzimmern mit entsprechender rechtlicher Grundlage notwendig. Auf der geschlossenen Station CDP 2 befinden sich die PatientInnen in stabilisiertem Zustand, sie sind in der Lage, an entsprechenden Gruppenangeboten teilzunehmen. Diese beinhalten bspw. Psychoedukation, Umgang mit craving, Rückfallprophylaxe oder eine Mindfulness-Gruppe.

Im weiteren Verlauf erfolgt oftmals die Verlegung auf die offene Station mit sieben Betten mit dem Ziel der psychosozialen Wiedereingliederung und Förderung der Autonomie. Hierbei ist für die PatientInnen bereits eine adäquate Unterkunft nach der Entlassung geregelt bzw. in Aussicht. Auf der offenen Station besteht die Möglichkeit der festen Tagesstrukturierung durch die Tätigkeit als Freiwillige oder ehrenamtliche HelferInnen. Der Substanzmissbrauch ist unter Kontrolle, d.h. es besteht Abstinenz oder eine Substitution mit Methadon/Suboxone. Durch das Verrichten alltäglicher Aufgaben wird Selbständigkeit geübt. Ambulant werden in der Poliklinik 120 PatientInnen betreut, mit Bezugspflege und kontrollierter Medikamentenausgabe (inkl. Methadon) als auch regelmässigen Gesprächen mit den behandelnden PsychiaterInnen und PsychologInnen. Feste Bestandteile sind zudem die tagesklinische Behandlung für 45 PatientInnen mit täglichen Gruppenangeboten (Kochgruppe, Musikgruppe, Sport, health for you und Rückfallprophylaxe) sowie ambulante psychotherapeutische Gruppen (Schematherapie und seeking safety).

#### *Zuweisung und Behandlungspfade*

Die PatientInnen werden von ambulanten TherapeutInnen oder durch die Justiz zur stationären oder ambulanten Behandlung im CDP angemeldet. Stationär werden drei Behandlungspfade mit unterschiedlicher Aufenthaltsdauer angeboten: Entgiftung (3 Wochen), Stabilisierung (6 Wochen) und Diagnostik (8 Wochen). Die Diagnostik umfasst (neuro-)psychologische Abklärungen hinsichtlich Persönlichkeitsstörungen, ADHS, Autismus, Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis oder Intelligenzminderung.

#### *Strukturiertes Behandlungsangebot*

Die integrative Therapie (IDDT, s.u.) wird auf die individuelle Situation zugeschnitten und verbindet sucht- und psychotherapeutische Elemente innerhalb derselben Klinik. Sie gewährleistet die Kontinuität der Therapiebeziehungen mit MitarbeiterInnen unterschiedlicher Disziplinen, eine individuelle und passgenaue Therapieplanung als auch ein strukturiertes und reichhaltiges Therapieangebot für die PatientInnen. Es wird im multiprofessionellen Team verschiedener Disziplinen gearbeitet, wobei keine Disziplin eine dominierende Rolle einnimmt. Vielmehr wird individuell auf den Patienten/PatientIn auf Grundlage der IDDT abgestimmt, welche Ziele während welcher Zeit angestrebt werden, in welcher Motivationsphase sich der jeweilige Patient/in befindet, wie lange die stationäre Behandlung dauert, ob diese frühzeitig beendet oder ggf. verlängert werden muss und worauf hierbei zu achten ist. Dies wird jeweils in der täglichen Morgenübergabe als auch der wöchentlichen Behandlungsplanbesprechung besprochen und im Behandlungsplan dokumentiert, wobei VertreterInnen aller Disziplinen teilnehmen. Die MitarbeiterInnen des multiprofessionellen Teams sind in IDDT ausgebildet und nehmen zweimal jährlich an entsprechenden Schulungen teil.

Regelmässig finden individuelle Gespräche mit den PatientInnen gemeinsam mit ärztlichen TherapeutInnen und Pflegepersonal statt und es wird mit der Pflege besprochen, wie allfällige Schwierigkeiten und Probleme gelöst werden können. Während des stationären Aufenthaltes werden zudem mit den ambulanten TherapeutInnen die Ziele des klinischen Aufenthaltes und die Nachsorge erörtert. Ausserdem finden Systemgespräche mit Familienangehörigen oder PartnerInnen statt.

Das Programm umfasst:

- eine ärztlich geleitete, individuell abgestimmte und medikamentös gestützte Entgiftungsbehandlung
- eingehende psychiatrische Diagnostik und Abklärung
- Klärung und Anpassung der pharmakologischen Behandlung unter gemeinsamer Entscheidungsfindung
- Teilnahme an Therapiegruppen mit Austausch über den Konsum als auch die individuellen Folgen auf das Leben des Patienten, der Patientin
- engmaschige Betreuung durch psychotherapeutische Einzelgespräche
- Aktivierungs- und Entspannungsangebote
- Milieu- und soziotherapeutische Interventionen zur Verbesserung der Lebenssituation
- Einbezug der ambulanten TherapeutInnen und des begleitenden Systems (Familie, PartnerIn, Bezugspersonen)

#### **Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT)**

Die gezielte Behandlung im CDP erfolgt auf der Grundlage des IDDT-Modells: Integrated Dual Diagnosis Treatment. IDDT liegt die Methode des Motivational Interviewing (MI) und das Phasenmodell einer Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente zugrunde.<sup>5</sup> Hierbei wird die Behandlung abgestimmt auf die Motivationsphase, in der sich die PatientInnen aktuell befinden.



Gemäss dem Modell von Prochaska und DiClemente kann eine Verhaltensänderung als ein mehrstufiger Prozess mit sechs verschiedenen Stadien dargestellt werden:

- Sorglosigkeit (Pre-contemplation)
- Bewusstwerdung (Contemplation)
- Vorbereitung (Preparation)
- Handlung (Action)
- Aufrechterhaltung (Maintenance)
- Andauernde Aufrechterhaltung (Termination)

### Ziele

Das Hauptziel der integrierten Behandlung ist die Verbesserung der Lebensqualität. Da an die jeweilige Motivation der PatientInnen angeknüpft wird, können die Ziele variieren von regelmässige und aktiver Teilnahme an Therapiegesprächen bis hin zu einer tatsächlichen Veränderung im Substanzgebrauch oder einer besseren Compliance hinsichtlich der Medikamenteneinnahme.

Die Verbesserung der Lebensqualität kann durch die Arbeit an einzelnen untergeordneten Zielen erreicht werden. Hierbei geht es um Behandlungskontinuität, geringere Drop-out-Rate, Stabilisierung und/oder Verminderung der Psychopathologie sowie des Alkohol- und Drogenkonsums, Verbesserung der somatischen und psychischen Funktionen als auch der Lebensumstände.

### Behandlungsphasen, Kennzeichen und Interventionen

Bei IDDT werden vier Behandlungspfade mit jeweiligen Zielen und Interventionen unterschieden, die den jeweiligen Stadium der Veränderung und der Motivation der PatientInnen angepasst werden.

#### Kennenlernphase

Ziel: Aufbau einer Beziehung

Kennzeichen: Der Patient, die Patientin erscheint oftmals nicht zu vereinbarten Terminen, konsumiert regelmässig Drogen und/oder Alkohol, hat psychische Probleme und ist sich der Doppeldiagnose nicht bewusst. Es bestehen Probleme auf unterschiedlichen Lebensgebieten.

Interventionen: Aufbau einer tragfähigen Beziehung, Vertrauen gewinnen, Krisenintervention, psychologische Hilfe bieten, Akzeptanz des Substanzkonsums, Kontakt mit Familie/Angehörigen.

#### Erwägungsphase

Ziel: Bewusstwerden der psychischen Problematik und Substanzabhängigkeit, um eine gut überlegte Entscheidung zur weiteren Behandlung zu treffen.

Kennzeichen: Eine Therapiebeziehung ist aufgebaut, der Patient, die Patientin erscheint regelmässig zu Terminen und macht seine, ihre Probleme zugänglich und ansprechbar.

Interventionen: Motivierende Gesprächsführung, Gruppentherapie, Psychoedukation bzgl. der Doppeldiagnose

#### Aktive Behandlungsphase

Ziel: Verhaltensänderung fördern und unterstützen

Kennzeichen: Der Patient, die Patientin entscheidet sich für a) Fortsetzen des Konsums, b) kontrollierten Konsum oder c) Abstinenz. Er, sie konsumiert seit einigen Wochen weniger oder hat den Konsum bereits eingestellt. Rückfallmomente können vorkommen. Der Patient, die Patientin ist offen für eine integrierte Behandlung der Doppeldiagnose.

Interventionen: Bei a) Schadensminderungsmassnahmen, Gruppentherapie, Interventionen der Erwägungsphase. Bei b) und c) Aktive Gruppe mit Modulen zum Umgang mit Sucht, psychischer Erkrankung und Medikamenten. Medikamente zur Rückfallprophylaxe oder Substitution, Förderung des Aufbaus sozialer Kontakte, Tagesstruktur.

### Rückfallprophylaxephase

Ziel: Verhaltensänderung festigen

Kennzeichen: Seit einigen Monaten konsumiert der Patient, die Patientin weniger oder ist abstinent. Die psychische Erkrankung ist stabil. Der Patient, die Patientin ist in der Lage, Doppeldiagnoseprobleme zu erkennen und mit ihnen umzugehen.

Interventionen: Teilnahme an Selbsthilfegruppen, Bestätigung des neuen Verhaltens, Wiederaufbau abgebrochener Kontakte.

### Umgang mit Rückfällen

Während der stationären Behandlung im CDP sind Rückfälle in den Alkohol- oder Drogenkonsum keine Seltenheit. Sie haben keine sofortige Entlassung zur Folge. Vielmehr wird im individuellen Gespräch analysiert, welche Ursache zugrunde liegt und wie zukünftige Rückfälle vermieden werden können. Hierbei wird die jeweilige Motivationsphase, in der sich die PatientInnen befinden, berücksichtigt. Zur Rückfallprophylaxe wird medikamentöse Unterstützung (u.a. Naltrexon, Antabus) oder EMDR-Psychotherapie<sup>6</sup> bei craving angeboten.

### Warum IDDT

IDDT vermindert

- die Dauer, Häufigkeit und Intensität von psychiatrischen Störungen und Suchterkrankungen
- die Anzahl der stationären Aufnahmen
- Kontakte mit Polizei und Justiz
- den vorzeitigen Abbruch der Therapie
- das Hin und Her zwischen Akutpsychiatrie und Suchttherapie durch Behandlung in nur einer Einrichtung

IDDT verbessert

- die Behandlungskontinuität
- die Qualität der Behandlungsbeziehung
- die Zufriedenheit über die gebotene Behandlung
- die Wohnsituation
- die Lebensqualität
- die Kontrolle über den Substanzgebrauch (bis hin zur Abstinenz)

### Evidenz

DoppeldiagnosepatientInnen gelten in der Psychiatrie und klinischen Suchtmedizin als schwieriges und schwer zu behandelndes Klientel, für das die integrierte Therapie bessere Resultate aufweist als die getrennte Behandlung der beiden Störungen.<sup>7</sup> Neben der Konsumreduktion erzielt IDDT eine Abnahme der psychiatrischen Symptome, der Anzahl stationärer Aufnahmen und der Aufenthaltsdauer.<sup>8</sup> Im Vergleich zur Standardtherapie ist das Ziel der Verbesserung der Lebensqualität hervorzuheben.<sup>9</sup> Zudem hat IDDT einen präventiven Effekt bei Suizidalität.<sup>10</sup>

Der Erfolg von IDDT liegt in den alltagsrelevanten Verbesserungen der sozialen Anpassung als oftmals auch in der Reduktion des Substanzgebrauchs. Die Bedeutung dieser Teilerfolge ist nicht zu unterschätzen, auch wenn häufig das von vielen Behandelnden hoch gesteckte Ziel der Abstinenz nicht erreicht wird.

### Fazit und Ausblick

Mit dem Einsatz des Integrated Dual Disorder Treatment ist im Doppeldiagnosezentrum von Den Haag eine für die PatientInnen optimale Therapieform gefunden worden. Sie wurde im März 2016 mit dem Label «Top klinische zorg» ausgezeichnet, das darauf hinweist, dass das Centrum Dubbele Problematiek den hohen Erwartungen und Qualitätsanforderungen auf dem Gebiet spezialisierter und innovativer Therapie, wissenschaftlicher Untersuchung und Schulung entspricht. Das CDP arbeitet mit dem überregionalen Expertenzentrum für Doppeldiagnose (LEDD) zusammen und gibt anderen Einrichtungen sein Wissen

und seine Erfahrung in Schulungen zu IDDT weiter. Das LEDD ist spezialisiert auf PatientInnen mit Doppeldiagnose und besteht aus einer Kooperation von Trimbos-Instituut, Arkin, GGZ Eindhoven und Kempen, Palier, Emergis und GGZ Oost Brabant. Auf diese Weise sind Kenntnis und Expertise verschiedener Einrichtungen, die sich intensiv mit dem Thema Doppeldiagnose beschäftigen, gebündelt. Expertise kann angeboten werden durch Training, Schulung, Coaching oder Beratung. LEDD unterstützt und begleitet verschiedene Einrichtungen in der Frage der adäquaten Therapie von DoppeldiagnosepatientInnen. Es stellt verschiedene Instrumente (Fragebögen, Informationsmaterial zur Psychoedukation u.a.) zur Verfügung und hilft bei der jeweiligen Implementierung.

Ziel zukünftiger Therapiestudien könnte sein, Evidenz, Ökonomie und Effektivität von IDDT genauer zu untersuchen und zu optimieren. ●

#### Literatur

- Breslau, N./Davis, G.C./Andreski, P./Peterson, E. (1991): Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population in young adults. *Archives of General Psychiatry* 48: 216-222.
- Dom, G./Dijkhuizen, A./Hoorn, B. van der et al. (2013): Handboek dubbele diagnose. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dom, G./Schoevers, R. (2013): Comorbiditeit. S. 29-41 in: G. Dom/A. Dijkhuizen/B. van der Hoorn et al. (Hrsg.), Handboek dubbele diagnose. Utrecht: De Tijdstroom.
- Drake, R.E./Mueser, K.T. (2000): Psychological approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin* 26: 105-118.
- Drake, R.E./O'Neal, E.L./Wallach, M.A. (2008): A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34: 123-138.
- Jacobson, L.K./Southwick, S.M./Kosten, T.R. (2001): SUD in patients with PTSD: a review of the literature. *The American Journal of Psychiatry* 158: 1184-1190.
- Kessler, R.C./Sonnega, A./Bromet, E. et al. (1995): Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52: 1048-1060.
- Kok, T./Rens, L. van/Haan, H.A. de (2013): Posttraumatische stressstoornis en verslaving. S. 267-280 in: G. Dom/A. Dijkhuizen/B. Hoorn van der et al. (Hrsg.), Handboek dubbele diagnose. Utrecht: De Tijdstroom.

- Mangrum, L.F./Spence, R.T./Lopez, M. (2006): Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 30: 79-84.
- Moggi, F./Donati, R. (2004): Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen: Hogrefe.
- Morrens, M./Dewilde, B./Sabbe, B. et al. (2011): Treatment outcomes of an integrated residential programme for patients with schizophrenia and substance use disorder. *European Addiction Research* 17: 154-163.
- Mueser, K.T./Noordsy, D.L./Drake, R.E. et al. (2003): Integrated treatment for dual disorders. A guide to effective practice. New York; London: The Guilford Press.
- Niesink, R./Laar, M. van (2012): Cannabis en verslaving: feiten en misverstanden. *Verslaving*: 267-280.
- Prochaska, J.O./DiClemente, C.C. (1986): Toward a comprehensive model of change. S. 3-27 in: W.R. Miller/N. Heather (Hrsg.), treating addictive behaviors: Process of change. New York: Plenum Press.
- Prochaska, J.O./Velicer, W.F. (1997): The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 12: 38-48.
- Staring, A.B.P./Blaauw, E./Mulder, C.L. (2012): The effects of assertive community treatment including integrated dual diagnosis treatment on nuisance acts and crimes in dual-diagnosis patients. *Community Mental Health Journal* 48: 150-152.
- While, D./Bickley, A./Windfuhr, K. et al. (2012): Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 379: 1005-1012.
- Young, M.S./Barrett, B./Engelhardt, M.A. et al. (2014): Sixth-month outcomes of an integrated assertive community treatment serving adults with complex behavioural health and housing needs. *Community Mental Health Journal* 50: 474-479.

#### Endnoten

- 1 Vgl. Moggi/Donati 2004.
- 2 Vgl. Dom/Dijkhuizen 2013; Dom/Schoevers 2013.
- 3 Vgl. Kessler/Sonnega 1995; Jacobson 2001; Kok/Rens/Haan 2013.
- 4 Vgl. Jacobson 2001; Breslau/Davis 1991; Niesink/Laar 2012.
- 5 Vgl. Prochaska/DiClemente 1986.
- 6 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), von Francine Shapiro (USA) entwickelte traumabearbeitende Psychotherapiemethode.
- 7 Vgl. Dom/Dijkhuizen 2013; Drake/Muser 2000; Drake/O'Neal 2008; Mueser/Noordsy 2003.
- 8 Vgl. Mangrum/Spence 2006; Staring/Blaauw 2012.
- 9 Vgl. Morrens/Dewilde 2011; Young/Barrett 2014.
- 10 Vgl. While/Bickley 2012.