

21.07.2026 | Leitlinie

S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung

Von Prof. Dr. Irmgard Vogt

Zusammenfassung einiger wichtiger Ergebnisse für die psychotherapeutische Praxis

Die neue S3-Leitlinie behandelt die Themen Diagnostik, Therapie und Versorgung von Menschen mit der Komorbidität einer Psychose und einer substanzbezogenen Störung. Sie ist zu verstehen in Verbindung mit einer Reihe weiterer S3-Leitlinien, insbesondere mit den Leitlinien Schizophrenie, Bipolare Störungen, alkoholbezogene Störungen, cannabisbezogene Störungen und Methamphetamin-bezogene Störungen. Relevant sind weiterhin die Leitlinien Psychosoziale Therapien, und Notfallpsychiatrie. Für Details der Datenaufbereitung siehe Kapitel 1 der neuen Leitlinie sowie die Ausführungen zu den 45 Empfehlungen im Dokument.

Kapitel 2 setzt sich mit den allgemeinen Grundlagen auseinander: Die Autor*innen verweisen darauf, dass Menschen mit Psychosen und bipolaren Störungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich häufiger eine begleitende Suchtproblematik aufweisen. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei ca. 50%, d.h. jede zweite Person, die unter einer Psychose oder einer Bipolaren Störung leidet, entwickelt auch eine Substanzkonsumstörung. „Am häufigsten sind Störungen durch Cannabis, Alkohol und Stimulantien“ (S. 15). Als Erklärungsmodelle bieten sich an: die **Selbstmedikationshypothese**, das **Affektregulierungsmodell** und die **social drift Hypothese**, worauf hier nicht weiter eingegangen wird. Je nach Fall kann am Anfang der Entwicklung ein Substanzkonsum/bzw. eine Substanzkonsum-Störung stehen oder eine Psychose bzw. eine/bipolare Störung. Da die Entwicklungen in jedem Einzelfall komplex sind, sprechen die Autor*innen im Folgenden von Doppeldiagnosen. Das bedeutet, dass in jedem Einzelfall sowohl die Psychose bzw. die bipolare Störung zu diagnostizieren ist als auch die Substanzkonsum-Störung (und hier wiederum für alle Substanzen, die von den Klient*innen bzw. Patient*innen konsumiert wurden).

Diagnostische Verfahren werden ausführlich in **Kapitel 3** dargestellt. U.a. geht es darum, eine flüchtige substanzinduzierte psychotische Episode von kurzer Dauer von einer solchen von längerer Dauer zu unterscheiden. Diese beiden Konstellationen sind dann wiederum von dem „koinzidenten Vorliegen einer primären Psychose (Schizophrenie, schizoaffektive, weitere Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenien oder bipolar affektive Störung mit psychotischen Merkmalen) und einer Suchterkrankung bzw. Substanzkonsumstörung (Komorbidität; Doppeldiagnose)“ (S. 21) zu unterscheiden. Im Weiteren werden die diagnostischen Standards dargestellt, die bei der Diagnosestellung zu berücksichtigen sind. Ebenso wird auf die psychometrischen Instrumente verwiesen, die zur Feststellung einer Substanzkonsum-Störung im Regelfall eingesetzt werden. Die Autor*innen betonen, dass bei der Klientel, also Menschen mit einer Diagnose Psychose oder bipolare Störung, immer wieder

nach dem Konsum von psychoaktiven Substanzen gefragt werden muss, um eine Substanzkonsum-Störung zu vermeiden bzw. sie möglichst frühzeitig zu behandeln (vgl. dazu die Empfehlung 2, S. 27).

Kapitel 4 setzt sich mit allgemeinen Aspekten von **Therapie, Rehabilitation und Prävention** auseinander. Die Empfehlung 3 konstatiert: „Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte eine integrierte Behandlung „aus einer Hand“ durch ein Behandlungsteam angeboten werden“ (S.31). Ein solches Team sollte idealerweise besetzt sein mit Ärzt*innen (Psychiater*innen), Psychotherapeut*innen, Pflegekräften, Fachkräften der Suchthilfe, Sozialarbeiter*innen usw. Im Idealfall soll die Behandlung integriert sein und sowohl die Psychose bzw. die bipolare Störung bearbeiten als auch die Substanzkonsum-Störung. Zu berücksichtigen sind von Anfang an Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Rehabilitation. Die Chancen zur Rehabilitation variieren allerdings mit dem Einzelfall. Sie sind auch abhängig von der Schwere und Dauer der doppelten Erkrankung sowie – insbesondere – vom Alter der Betroffenen.

Kapitel 5 setzt sich detailliert und sehr informativ mit der **Pharmakotherapie** und mit anderen somatischen Verfahren auseinander.

Für Psychotherapeut*innen ist das **Kapitel 6** von besonderem Interesse, zumal es um Studien zur Psychoedukation, Motivierender Intervention („Motivational Interviewing“, MI) und Verhaltenstherapie geht. Der Fokus ist auf die Reduktion des Konsums von psychoaktiven Substanzen gerichtet. Es geht also nicht in erster Linie darum, Verhaltensweisen zu bearbeiten, die Folgen einer Psychose oder einer bipolaren Störung sind, sondern darum, zusätzliche Probleme zu reduzieren, die im Zusammenhang stehen mit dem Konsum von Alkohol, Cannabis, Amphetaminen (allgemein: Stimulantien), Halluzinogenen und anderen psychoaktiven Substanzen. Ziel der therapeutischen Interventionen sind - idealerweise - Abstinenz oder Konsumreduktion.

Ausführlich dargestellt werden die systematischen Reviews bzw. die einzelnen RCT-Studien zur Psychoedukation, zu MI, zur KVT und zum Kontingenzmanagement: „Bei der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen gehört die **Verhaltenstherapie** ebenfalls zu den etablierten Behandlungsmethoden. Sie umfasst übende und kognitive Techniken und wird häufig im Gruppensetting durchgeführt. Voraussetzung für einen sinnvollen Einsatz ist der Wille bzw. die Motivation zur Abstinenz oder Konsumreduktion seitens der Betroffenen, weswegen die KVT erst bei einem entsprechenden Motivationsstadium erfolgsversprechend ist.“ (S. 85). Verwiesen wird dann auf bekannte Verfahren wie Rückfallprävention sowie auf zwei Manuale (C-BIT, Graham et al., 2004; KomPASS, Schnell & Gouzoulis-Mayfrank, 2007).

Psychoedukation, MI und KVT sind in internationalen Studien gut untersucht. Die Effekte sind nachweisbar, allerdings sind diese durchweg moderat. Das belegen auch die aus der Forschungslage abgeleiteten Empfehlungen - es handelt sich durchweg um „sollte-Empfehlungen“. Mit Bezug auf das Kontingenzmanagement hat die Leitliniengruppe lediglich

eine „kann-Empfehlung“ ausgesprochen. Verwiesen wird zudem auf das Skills-Training, das im Rahmen der Behandlung von Psychosen bereits einen festen Platz hat.

Auch „Familieninterventionen“ (als Sammelbegriff für die Einbeziehung von Familienangehörigen sowie Zugehörigen) können hilfreich sein, wenn es um die Reduktion des Konsums von psychoaktiven Substanzen geht. Das betrifft insbesondere Familien mit Jugendlichen, die als Folge des Konsums von Cannabis psychotische Symptome aufweisen. Als Grundlage der Behandlung können Manuale herangezogen werden (GOAL, D’Amelio et al., 2007; FIPA, Süßmuth & Gouzoulis-Mayfrank, 2019). Auch hier sind die Effekte als moderat einzuschätzen.

Zur Behandlung kognitiver Beeinträchtigungen, die mit einer Psychose einhergehen können, empfehlen sich Trainingsprogramme zur Kognitiven Remediation (übende Verfahren zu Beeinträchtigungen von Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, soziale Wahrnehmung, Affekterkennung und „Theory of Mind“). Die Trainingsmaßnahmen sind wirksamer, „wenn geschulte Therapeut*innen die Sitzungen begleiten und die Teilnehmenden zur Entwicklung kompensatorischer Strategien und zur Übertragung der kognitiven Fortschritte auf den Alltag anleiten (DGPPN, 2025b, S. 161)“ (S. 102).

Empfohlen werden weiterhin Ergotherapie, Künstlerische Therapien, Sport- und Bewegungstherapien usw., jedoch liegen dazu keine Studien vor, die sich explizit auf die Behandlung von Psychosen/bipolaren Störungen und Sucht beziehen. Etwas besser sieht die Forschungslage hinsichtlich der sozialarbeiterischen Unterstützung durch ausgewiesene Fachkräfte aus: Diese wird stark empfohlen. Moderate Effekte sind nachweisbar und für die Klientel hilfreich. Auch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen wird empfohlen.

Wie bereits dargestellt, favorisieren die Autor*innen komplexe Therapieprogramme mit multimodaler Besetzung. Das Behandlungsteam umfasst dann sowohl Psychiater*innen als auch Psychotherapeut*innen sowie Fachkräften aus der Suchthilfe (Sozialarbeiter*innen) usw.: Alle arbeiten einen integrierten Therapieplan aus und setzen ihn entsprechend um. Das Therapieprogramm kann zudem durch Internetkomponenten ergänzt werden. Bislang ist allerdings die Evidenz, dass solche integrierten Programme funktionieren und gut wirken, eher spärlich.

In **Kapitel 7** geht es noch einmal um Diagnostik und Therapie unter besonderen Bedingungen und in Untergruppen, z.B. bei Erregungszuständen und Aggressivität, um somatischer Komorbidität, um spezifische Untergruppen, z.B. Jugendliche mit Doppeldiagnosen, Ersterkrankte, alte Menschen, Geschlechterdifferenzen, marginalisierte und wohnungslose Menschen usw. Der Forschungsstand ist hinsichtlich der Fragen und Untergruppen eher schlecht. Dennoch ist es wichtig, auf die besonderen Bedürfnisse dieser Untergruppen hinzuweisen.

Es liegt auf der Hand, dass insgesamt ein erheblicher Forschungsbedarf vorliegt, sowohl hinsichtlich der Erklärungsmodelle, der Diagnostik als auch hinsichtlich der medikamentösen Behandlung insbesondere im Hinblick auf vulnerable Untergruppen. Darauf gehen die Autor*innen in den letzten Kapiteln des Leitlinienreports ebenso differenziert ein wie auf Fragen der Qualitätssicherung.

Hg.: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht).
Langversion Version 1.0 (26.11.2025)
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-027.html>