

MMW

Fortschritte der Medizin

Sonderdruck

MMW-Fortschr. Med. 143 (2001),541-544

Schizophrenie und Sucht

Eine häufige psychiatrische Doppeldiagnose

VON J. WETTIG

URBAN & VOGEL

MEDIEN UND MEDIZIN VERLAGSGESELLSCHAFT

Schizophrenie und Sucht

Eine häufige psychiatrische Doppeldiagnose

VON J. WETTIG

Weltweit konsumieren etwa 10–40% aller Schizophrenen Drogen. Betroffen sind überwiegend junge Männer aus den unteren Sozialschichten. Welche Entstehungsbedingungen zu dieser Doppeldiagnose führen, woran differenzialdiagnostisch gedacht werden muss und wie am besten therapeutisch vorgegangen wird, lesen Sie im folgenden Beitrag.

Der Begriff Doppeldiagnose wird häufig unscharf mit psychiatrischer Komorbidität gleichgesetzt. Im engeren Sinne handelt es sich jedoch um das Zusammentreffen einer endogenen Psychose mit einer sekundären Suchterkrankung [17]. Die seit Jahren bestehende Trennung der Versorgungssysteme in Allgemeinpsychiatrie und Sucht hat bisher eine effektive Anpassung der Therapieangebote für Patienten mit Doppeldiagnose verhindert. Vielerorts kommt es stattdessen zu Verlegungs- und Verschiebeaktionen dieser schwierigen Klientel. Im Zuge der Enthospitalisierung lebt eine immer größere Zahl junger, chronisch psychisch Kranker außerhalb psychiatrischer Kliniken und wird mit der gesamten Bandbreite an Suchtmitteln konfrontiert.

Endogene oder exogene Psychose?

Die drogeninduzierte Psychose ist eine durch Drogenkonsum ausgelöste endogene Psychose mit eigengesetzlichem, d. h. von weiterem Drogenkonsum unabhängigen Verlauf. Dem Suchtmittel kommt dabei eine Triggerfunktion zu, die Psychose wird gleichsam „demaskiert“. Die psychotische Symptomatik lässt keinen Rückschluss auf die applizierte Suchtsubstanz zu und der zeitliche Verlauf der Erkrankung ist kaum abschätzbar [10].

— Dr. med. J. Wettig, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Eichberg (Ärztlicher Direktor: Dr. med. St. Haas), Eltville am Rhein.

Die Intoxikations- oder Drogenpsychose steht in unmittelbarem Zusammenhang mit den konsumierten psychotropen Substanzen. Diese haben dann nicht mehr die ursprünglich erwartete und gekannte Wirkung. Stattdessen kann es zu einer ausgeprägten produktiven Symptomatik mit Halluzinationen, Verkennungen, Wahnerlebnissen, Denk- und Affektstörungen kommen. Die Symptomatik dauert bei dieser exogenen Psychose in der Regel nur einige Stunden bis Tage und klingt nach Elimination der konsumierten Substanzen wieder völlig ab [4, 10, 12] (Tabelle 1).

Organische Ursachen zuerst abklären

Die Erfassung der Doppeldiagnose (Schizophrenie und Sucht) verlangt den Aus-

Dr. med. J. Wettig
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Eichberg, Eltville am Rhein



schluss einer primären (z. B. Tumor, Trauma, Infektion etc.) oder sekundären (z. B. toxisch metabolisch bedingte Hirnfunktionsstörung) Erkrankung des ZNS. Da schizophrenieartige organische Psychosen psychopathologisch nicht sicher von einer primären Schizophrenie unterscheidbar sind, muss nach kausal behandelbaren Grunderkrankungen gesucht werden.

Leitsymptome zur differenzialdiagnostischen Abklärung

Im klinischen Alltag tragen charakteristische Leitsymptome zur Klärung der Diagnose bei (Tabelle 2). Das Delir ist durch Bewusstseinsstörung mit gesteigerter psychomotorischer Aktivität, zeitlicher und örtlicher Desorientierung, Inkohärenz des Denkens und optische Hal-

ZUSAMMENFASSUNG MMW-Fortschr. Med. 143 (2001), 541–544

Bei der Doppeldiagnose Schizophrenie und Sucht handelt es sich um die Kombination einer endogenen Psychose mit einer Suchterkrankung im Sinne des Missbrauchs oder der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. Vor Diagnosestellung müssen schizophreneartige organische Psychosen von einer primären Schizophrenie abgegrenzt werden. Da die psychopathologische Unterscheidung oft nicht ganz eindeutig ist, muss nach kausal behandelbaren Grunderkrankungen gesucht werden. Hierbei helfen die Fremdanamnese, die körperlich neurologische Untersuchung sowie verschiedene laborchemische, ra-

diologische, elektrophysiologische und neuropsychologische Verfahren. Im klinischen Alltag tragen zur differenzialdiagnostischen Klärung eine Reihe charakteristischer Leitsymptome bei. Ausgangspunkt für die Behandlung ist die persönliche Problemsicht des Patienten und seine subjektive Befindlichkeit. Integrative Therapieansätze, die ein Zusammenwirken von Pharmakotherapie, Psychotherapie und Sozialtherapie propagieren, sind hierbei anzustreben.

Schlüsselwörter:

Schizophrenie – Sucht – organische Psychose – Differenzialdiagnose

luzinationen gekennzeichnet [10]. Ein Rückschluss auf die Ätiologie des Delirs, nur aus der Psychopathologie heraus, ist nicht möglich. Im Gegensatz zum Delir besteht bei der Schizophrenie Bewusstseinsklarheit und der Patient ist in der Regel ausreichend orientiert. Statt der optischen Halluzinationen überwiegen eher akustische Halluzinationen [1, 4, 10, 15].

Auf die Alkoholhalluzinose weisen lebhaft akustische Halluzinationen, Angst und Verfolgungswahn hin. Der Patient ist voll orientiert bei klarer Bewusstseinslage. Er belauscht dialogisierende, ihn bedrohende Stimmen und kann diese auch konkret lokalisieren. Der Schizophrene nimmt seine Stimmen eher diffus wahr und lokalisiert sie nicht im Raum. Es handelt sich um kommentierende oder imperative Stimmen, die direkt zum Kranken sprechen. Auch Leibhalluzinationen treten häufig hinzu. Ichstörungen wie Fremdbeeinflussung, Gefühl des Gemachten, Steuerung von außen, Gedankeneingebung und Gedankenentzug weisen immer auf eine Schizophrenie hin. Schließlich äußert der Kranke in seiner Ambivalenz gleichzeitig miteinander unvereinbare Gefühle, Vorstellungen, Wünsche oder Absichten [15, 20].

Auf vegetative Begleitsymptomatik achten

Halluzinogene wie Meskalin, LSD, Psilocybin, MDMA etc. rufen extreme Stimmungsschwankungen von Euphorie bis Panik und Depression hervor. Ebenso sind

Tabelle 1

Hinweise auf organische Psychose bei Konsum psychotroper Substanzen

- Reflektierender Ichrest ist erhalten
- Optische Halluzinationen
- Seltener taktile Halluzinationen, akustische Halluzinationen
- „Pseudorealistische“ Wahninhalte
- Häufige Bewusstseinsstrübung
- Langjährige Suchtanamnese
- Abklingen der Symptomatik entspricht zeitlich dem Substanzabbau
- Beginn der psychotischen Symptomatik geht mit Substanzeinnahme einher
- Kritische Distanz zu den Wahrnehmungen nach Tagen

sehr wechselhafte Wirkungen auf Antrieb und Psychomotorik zu beobachten. Im Unterschied zur Schizophrenie besteht bei derartigen organischen Halluzinosen oft eine vegetative Begleitsymptomatik in Form von Mydriasis, Hypertonus, Tachykardie, Tremor und Hyperreflexie. Im Übrigen ist die Differenzialdiagnose aus dem Verlauf zu stellen, da die Drogenwirkung und damit die Symptomatik in der Regel nach 12 bis 24 Stunden abklingt [9, 22].

Was treibt Schizophrene in die Sucht?

Im Rahmen der Drifthythese wird ein früher sozialer Abstieg der Patienten angenommen. Als Folge der schizophrenen Erkrankung kommt es zu keiner Ausbildung. Arbeitslosigkeit ist häufig, damit auch soziale Isolation und finanzielle Not. So ergeben sich Kontakte zu Randgruppen, in denen Suchtmittelkonsum verbreitet ist und psychische Auffälligkeiten eher toleriert werden.

Klinische Beobachtungen sprechen dafür, dass psychotrope Substanzen von Schizophrenen je nach Situation und Befindlichkeit eingesetzt werden. Es gibt auch Patienten, die ihre Psychose als „Rausch“ erleben und sie bewusst durch Schlafentzug oder Drogeneinnahme herbeiführen [17]. Sehr häufig werden die durch herkömmliche Neuroleptika verursachten Nebenwirkungen, das heißt Anhedonie, Akinesie, Akathisie, Dysphorie

und kognitive Defizite vom Patienten selbst mit Suchtmitteln „behandelt“ [13].

In der Regel vergehen mehrere Jahre vom ersten Psychosymptom bis zum ersten Klinikaufenthalt [10]. In dieser Zeit etablieren sich Basisstörungen (z. B. Unruhe, Schlafstörungen, Konzentrationschwäche, Grübeln, Blockade des Gedankenablaufs), die der Kranke schon früh mittels Drogenkonsum, überwiegend Alkohol und Cannabis, zu beeinflussen sucht [10, 17]. Ziel ist die Wiederherstellung des subjektiven Wohlbefindens. Die eingeschränkte affektive Ausdrucks- und Modulationsfähigkeit, die Verarmung von Sprach- und Denkinhalten, Interesseverlust und Antriebslosigkeit sowie reduzierte soziale Anteilnahme (Negativsymptomatik) bedeuten für Schizophrene einen erheblichen Verlust an Lebensqualität [13]. Wird diese auch nur partiell über Alkohol- und Drogenmissbrauch zurückgewonnen, ist die entscheidende Konditionierung erfolgt [2, 14].

Entscheidende Schaltstelle: das dopaminerge System

Sowohl für die Schizophrenie als auch für die Sucht ist das dopaminerge Neuronensystem von entscheidender Bedeutung [2, 4, 7, 8, 14]. Die therapeutische Blockade von Dopaminrezeptoren durch Neuroleptika wird von Patienten mit Doppeldiagnose nicht nur wegen möglicherweise erlebter extrapyramidalmotorischer Störungen (EPMS) abgelehnt. Neuroleptika wirken auch dem als sehr angenehm empfundenen Belohnungseffekt psychotroper Substanzen entgegen [7, 13, 17].

Integrative Therapieansätze

Prinzipiell ist das Zusammenwirken von Pharmakotherapie, Psychotherapie und Sozialtherapie anzustreben. Ausgangspunkt für jede Behandlung ist die persönliche Problemsicht des Patienten und seine subjektive Befindlichkeit [13, 17]. In einem ersten Schritt sollte im Rahmen der Sozialtherapie Unterstützung z. B. bei Wohnungsangelegenheiten oder im Umgang mit Behörden angeboten werden, wobei auch einfache vitale Bedürfnisse wie Essen und Kleidung berücksichtigt werden müssen [17]. Ziel ist zunächst der kontinuierliche Behandlungskontakt.

Tabelle 2

Hinweise auf Schizophrenie bei Konsum psychotroper Substanzen

- Störung des Icherlebens
- Akustische Halluzinationen
- Bizarres Wahnsystem mit Wahngewissheit
- Bewusstseinsklarheit
- Oft positive Familienanamnese
- Anhaltende Symptomatik trotz Abklingen der Substanzwirkung
- Leibhalluzinationen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen
- Fremdanamnestisch eruierbare Prodrome

Eine supportive Psychotherapie strebt über die langfristige therapeutische Beziehung die Ichstärkung und schließlich die Verminderung des Suchtmittelkonsums an [25]. Die bisher zur Konfliktbewältigung, Symptomreduktion bzw. für das Wohlbefinden benötigten Suchstoffe müssen durch nicht stoffliche Mittel, nämlich tragfähige Beziehungen zu Therapeuten und Mitpatienten, ersetzt werden. Dabei sollte sich persönliche Kontinuität auch in nachsorgenden ambulanten Angeboten niederschlagen [24].

Bei der Psychoedukation geht es darum, Patienten ebenso wie Angehörigen zu helfen, gleichberechtigt im Therapieprozess mitzuwirken. Psychoedukative Gruppen erstrecken sich auf Früherkennung, Krisenmanagement, Erfahrungsaustausch über Medikamente und soziale Problembewältigung [13]. Kognitives Training, Milieuthérapie (z. B. Soteriamodell), Ergotherapie und körperorientierte Therapieformen ergänzen den Behandlungsplan [13, 17].

Medikamentöse Therapie

Pharmakotherapeutisch gelten die nebenwirkungsarmen atypischen Neuroleptika als Mittel der ersten Wahl. In den bisher durchgeführten 21 Vergleichsstudien bezüglich Positivsymptomatik, Negativsymptomatik und depressiver Symptomatik waren Risperidon, Olanzapin, Amisulprid und Clozapin etwa gleich wirksam [13]. Angesichts der bekannten Komplikationsmöglichkeiten und der Sedierung

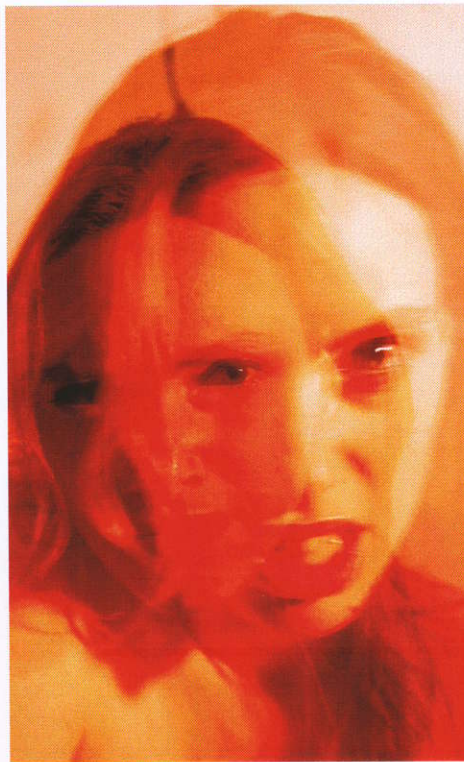


Foto: Superbild

Von einer Doppeldiagnose Schizophrenie und Sucht spricht man, wenn endogene Psychose und Suchterkrankung zusammentreffen.

hat Clozapin an Bedeutung verloren. Bezüglich der Negativsymptomatik sind alle Atypika den klassischen Neuroleptika überlegen [13]. Die Differenzialindikation der atypischen Neuroleptika stützt sich auf die individuelle Empfindlichkeit und wird durch das Nebenwirkungsprofil gesteuert. Entscheidend für die Compliance ist die subjektive Befindlichkeit des Patienten [13, 17]. Klassische Neuroleptika kommen bei den Kranken infrage, die bereits früher damit gute Erfahrungen (Wirksamkeit und Verträglichkeit) gemacht haben. Ist die orale Einnahme des Medikaments unwahrscheinlich, muss auf ein Depotpräparat zurückgegriffen werden [13, 17].

Verhaltensänderung durch Lernprozesse

Die Behandlung von Doppeldiagnosepatienten ist eine basispsychiatrische Aufgabe und sollte gemeindenah in einem bio-psycho-sozialen Rahmen erfolgen. Die neuere biologische Erforschung psychiatrischer Erkrankungen ergab, dass das adulte Gehirn auf Synapsenebene die

Fähigkeit zur Plastizität behält [3]. Damit sind Lernvorgänge beim Erwachsenen erklärbar, wobei Lernen als Verhaltensänderung durch Erfahrung definiert werden kann. Die über die Sinne zugänglich gemachte Erfahrung führt jedoch nur zu plastischen Veränderungen der Hirnfunktion, wenn über die Aktivierung limbischer Strukturen Emotionen mit einbezogen werden [2, 3]. Neuroplastizität bedeutet also permanente Neubildung, Elimination sowie Umbau neuronaler Verschaltungen – zeitlebens („experience dependend plasticity“) [3, 11]. Dauerhafte Therapieerfolge sind nur denkbar, wenn die zugrunde liegenden hirnbio-logischen Störungen psychiatrischer Erkrankungen aufgrund der neuronalen Plastizität nachhaltig verändert werden können, z. B. durch Lernprozesse [3].

Summary: Schizophrenia and Addiction. A Common Psychiatric Dual Diagnosis

The dual diagnosis schizophrenia and addiction represents a combination of an endogenous psychosis and an addictive condition in the sense of abuse of or dependence on psychotropic substances. Before this diagnosis is established, schizophreniform organic psychoses must be distinguished from primary schizophrenia. Since the psychopathological differentiation is often not quite unequivocal, a search must be made for treatable underlying disorders. Here, help is afforded by the patient's history obtained on the basis of the reports of relatives and friends, physical neurologic examinations, and various laboratory, radiologic, electrophysiologic and neuropsychologic methods. In the daily clinical situation, a series of characteristic leading symptoms help clarify the differential diagnosis. The starting point for treatment is the patient's personal view of the problem, and his subjective state of health. Goals to be aimed at include integrative therapeutic approaches propagating the interaction of pharmacotherapy, psychotherapy and sociotherapy.

Keywords: Schizophrenia – addiction – organic psychoses – differential diagnosis

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Jürgen Wettig, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Eichberg, Kloster-Eberbach-Straße 4, D-65346 Eltville am Rhein.

FAZIT

- Die Doppeldiagnose Schizophrenie und Sucht ist eine häufige psychiatrische Erkrankung.
- Betroffen sind überwiegend junge Männer aus unteren sozialen Schichten.
- Vor Diagnosestellung müssen schizophre- nieartige organische Psychosen abgegrenzt werden.
- In der Behandlung sollte eine Kombination von Pharmakotherapie, Psychotherapie und Sozialtherapie angestrebt werden.