

Deutsche Fachgesellschaft
Psychose und Sucht e.V (DFPS) e.V

Wenn die Sucht die Psych(os)e regiert

Zentrum für Psychose und Sucht Marburg

Frühjahrstagung 2012

15. und 16. März 2012

Donnerstag 15. März 2012, 16:30 Uhr

Die Funktion der Sucht bei Menschen mit Psychose

Psychose induziert Sucht?

Dr. Jürgen Rink - Heidelberg

Praxis für Psychotherapie, Beratung und Supervision

Die Funktion der Sucht bei Menschen mit Psychose

- Geschichtliches
- Prävalenz und Inzidenz
- Ätiologiemodelle
- Kausalmodelle für die Praxis
- Behandlung und Behandlungsmodelle
- Spezifische Behandlungsprogramme
- Daten aus der Praxis
- Geschichten aus dem Praxisalltag, Zahlen und Kasuistik

Geschichtliches

In psychiatrischen Institutionen ging man bis in die 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts davon aus, dass nur wenige Patienten zu ihrer psychotischen Erkrankung auch Suchtmittel konsumieren. Der Psychose wurde eine suchtpreventive Wirkung zugeschrieben.

Bleuler 1900
Stringaris 1940

forschten als erste zum Thema cannabisinduzierte Psychosen.

1980 Täschner fand eine deutlich erhöhte Prävalenzrate von Psychosen bei Drogenkonsumenten

1983 Die Fachklinik Eiterbach begann ihre Arbeit als erste Spezialeinrichtung zur medizinischen Rehabilitation bei Doppeldiagnosen

1991 erste Tagung zum Thema Psychose und Sucht in Hamburg

1992 Schwoon, Krausz: Erstes Fachbuch zum Thema Psychose und Sucht im deutschsprachigen Raum

1994 Zweites Fachbuch Thema Komorbidität , Michael Krausz, Tomas Müller Thomsen

Auch in den USA nahm durch die Einführung deskriptiver Klassifikationssysteme DSM III und ICD 10, die ermöglichen mehr als eine psychische Störung zu diagnostizieren, die Komorbiditätsforschung ihren Anfang

Psychose - Sucht



Zur Art und Weise der Zusammenhänge zwischen den Diagnosen

Unter Doppeldiagnosen wird im Allgemeinen die Komorbidität oder das gemeinsame Auftreten einer psychischen Störung und einer Substanzstörung bei derselben Person in einem bestimmten Zeitraum verstanden

Die Diagnose Komorbidität sowie der Begriff Doppeldiagnose beeinhaltet keine Aussage über die Art der Zusammenhänge noch die Form

Personen mit einer Schlangenphobie und Alkoholmißbrauch haben eine Doppeldiagnose wie Personen mit einer chronischen Schizophrenie und Mehrfachabhängigkeit (Moggi 2002)

Prävalenz und Inzidenz

Ist die fast inflationäre Entwicklung in Forschung und Versorgung in den letzten 3 Dekaden durch Veränderungen bei den epidemiologischen Daten begründet?

Gouzoulis Mayfrank 2007:

Nach klinischem Eindruck scheint sich das Ausmaß des Komorbiditätsproblems in den letzten Jahren immer weiter zu verschärfen – wobei die Prävalenzrate für psychisch kranker Menschen mit einer zusätzlichen Abhängigkeit deutlich höher liegt als umgekehrt.

Daten aus dem amerikanischen Raum (nach Gouzoulis-Mayfrank)

Lifetime Prävalenz für Mißbrauch und Abhängigkeit von:	Anteil unter Patienten mit Schizophrenie:
Kokain	15 – 50%
Amphetamine	2 – 25%
Alkohol	20 – 60%
Canabis	12 – 42%
Nikotin	70 – 90%

Die Lifetime Prävalenz bezüglich Abhängigkeit ist bei Schizophrenie am höchsten mit 47%, bei Depression nur 27%, bei Angststörungen nur 24% - ECA Studie

Im europäischen Raum:

Häufigkeit von Doppeldiagnosen, Überblick - Metastudie




- **Repräsentative Bevölkerungsstichproben: 33% der Menschen mit Substanzstörungen weisen auch eine psychische Störung auf.**
- **Klinische Stichproben: 50% der Menschen mit Substanzstörungen weisen auch eine psychische Störung auf** (Lieb und Isensee, 2007, Max-PlanckInstitut München)

Bei Schizophrenen kommt es mindestens 3 mal häufiger zum Alkoholismus und 6 mal häufiger zu anderem Suchtmittelmißbrauch (insbesondere Cannabis) im Vergleich zur Normalbevölkerung (Gouzoulis-Mayfrank 2007)

Komorbidität ist im klinischen Alltag keine Ausnahme sondern die Regel

Patienten mit einer schizophrenen Psychose haben zu:



- ⌘ 17-35% Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit
- ⌘ 6% Cannabissmissbrauch oder –abhängigkeit
- ⌘ 3% Kokainmissbrauch oder -abhängigkeit
- ⌘ 2% Amphetaminmissbrauch oder -abhängigkeit
- ⌘ 3% Halluzinogenenmissbrauch oder –abhängigkeit
- ⌘ 2% Opiatmissbrauch oder -abhängigkeit

Ätiologiemodelle: Psychose und Sucht: Theorien zur Beziehung von Suchtmittelkonsum und psychischen Störungen (nach Tracy 1995)

➤ **Modell der geteilten Anfälligkeit**

Shared Vulnerability Modell (genetisch ererbte, neuropsychologische Entwicklungsstörung)

- *Disposition für beide Erkrankungen*

➤ **Interaktionsmodell**

- *durch Interaktion von Suchtmittelkonsum und psychische Erkrankung entsteht ein spezifisches Krankheitsbild mit spezifischen Mustern*

➤ **Modell der Krankheitsauslösung – Exacerbations Modell**

- *„psychoseanfällige“ Menschen erfahren durch Suchtmittelkonsum eine Auslösung ihrer psychotischen Symptome*

➤ **Modell der Potenzierung – Exacerbations Modell**

- *psychotische Menschen erfahren durch Drogenkonsum eine Potenzierung (Verschlechterung) ihrer Symptomatik*

➤ **Modell der Willfährigkeit – Sensivity Modell**

- *psychotische Menschen sind gegenüber der Wirkung von Drogen anfälliger*

➤ **Selbstmedikationsmodell – Enhancement Modell**

- *psychotische Menschen erfahren durch Suchtmittelkonsum eine Verbesserung ihrer Symptomatik*

Ätiologiemodelle

Mueser et al., 2007, Gouzoulis-Mayfrank, 2004



- I **Selbstmedikationshypothese**
 - „Behandlung“ psychotischer Symptome
 - > **Sensitivitätsmodell**
 - Veränderung des dopaminergen Systems durch Suchtmittelkonsum, insbesondere Cannabis
 - > **Affektregulationsmodell**
 - Verringerung von Dysphorie

- II **Psychoseinduktion**
 - Cannabis, Halluzinogene und Stimulanzen

- III **Gemeinsame Ätiologie**
 - Dysfunktion des zentralen dopaminergen Systems

Modell der sekundären Suchtentwicklung

Die Selbstmedikationshypothese impliziert, dass bestimmte Substanzen zur Selbstbehandlung bestimmter Krankheitssymptome eingesetzt werden, z.B.

1. ein Überwiegen der Positivsymptome der Schizophrenie führt zur Einnahme von Alkohol oder Benzodiazepinen
2. ein Überwiegen von Negativsymptomen führt zur Einnahme von Psychostimulanzen

Diese gerichteten Zusammenhänge konnten jedoch bislang nicht empirisch nicht verifiziert werden.

Im Affektregulationsmodell wird postuliert, dass der Substanzmißbrauch als ungerichteter Selbstbehandlungsversuch bei diffusen, unspezifischem Unwohlsein (Prodromal Symptom) zu verstehen ist.

Das Supersensitivitätsmodell – Bidirektionales Modell - basiert auf dem Vulnerabilitätsmodell von Zubin und besagt, dass der negative Einfluss des Konsums auf den Verlauf der Psychose sich auch bei geringen Konsummengen zeigt – Gouzoulis-Mayfrank 2007



Integratives Modell


Symptome und Auswirkungen der Psychose werden einerseits durch die Drogeneinwirkung verstärkt und begünstigen gleichzeitig den Konsum dieser Substanzen (Teufelskreis)

Das bedeutet das gleichzeitige Auftreten von zwei Störungen unter Verzicht auf die Implikation eines ätiologischen Zusammenhangs.

Aber:

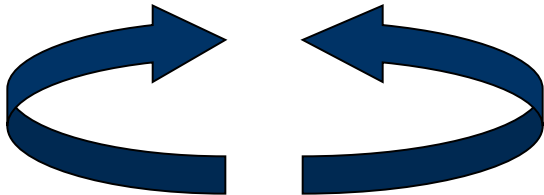
Davon unabhängig spielen auch **soziale Faktoren** eine große Rolle – „social drift“
Psychisch kranke Menschen werden häufig in den sozialen Brennpunkt manövriert, wo deviantes Verhalten einschließlich Alkohol und Drogenkonsum häufig ist.
Umgekehrt kann die Diagnose „antisoziale Persönlichkeit“ bei Drogenabhängigen ein Artefakt sein.

Kausalmodelle der Komorbidität für die Praxis


1 Psychose  Sucht (“Selbstmedikations-Hypothese”)

2 Sucht  Psychose (“drogeninduzierte Psychose”)

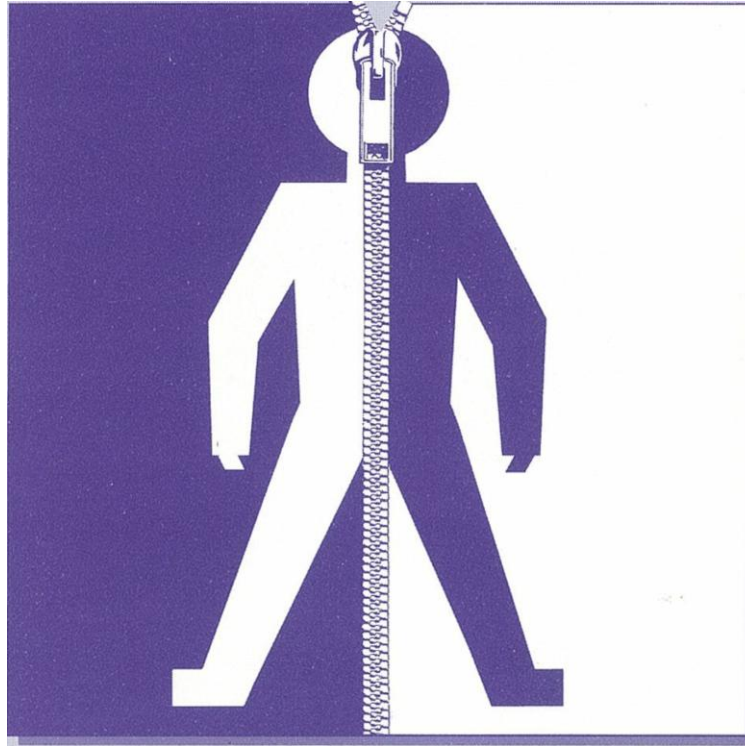
3 Sucht Psychose (Modell der gemeinsamen
ätiologischen Faktoren)



4 Sucht  Psychose - Integrationsmodell

5 Sucht  Psychose

Behandlung



Doppelte Diagnose – halbe Hilfe?

Behandlung :



Unterschiedliche Behandlungskonzepte
basierend auf unterschiedlichen
Prämissen in psychiatrischer
Versorgung und Suchtkrankenhilfe
prallen aufeinander

Unterschiedsmerkmale bei der Behandlung von Psychosekranken und Abhängigen

⌘ ***Fürsorge***

⌘ ***Abstinenz-orientierung***

⌘ ***Deinstitutionalisierung***

⌘ ***Konfrontation***

⌘ ***Abstinenzvoraussetzung***

⌘ ***Rehabilitation***

Die verschiedenen Welten des therapeutischen Handelns in der Suchttherapie und der Psychosebehandlung

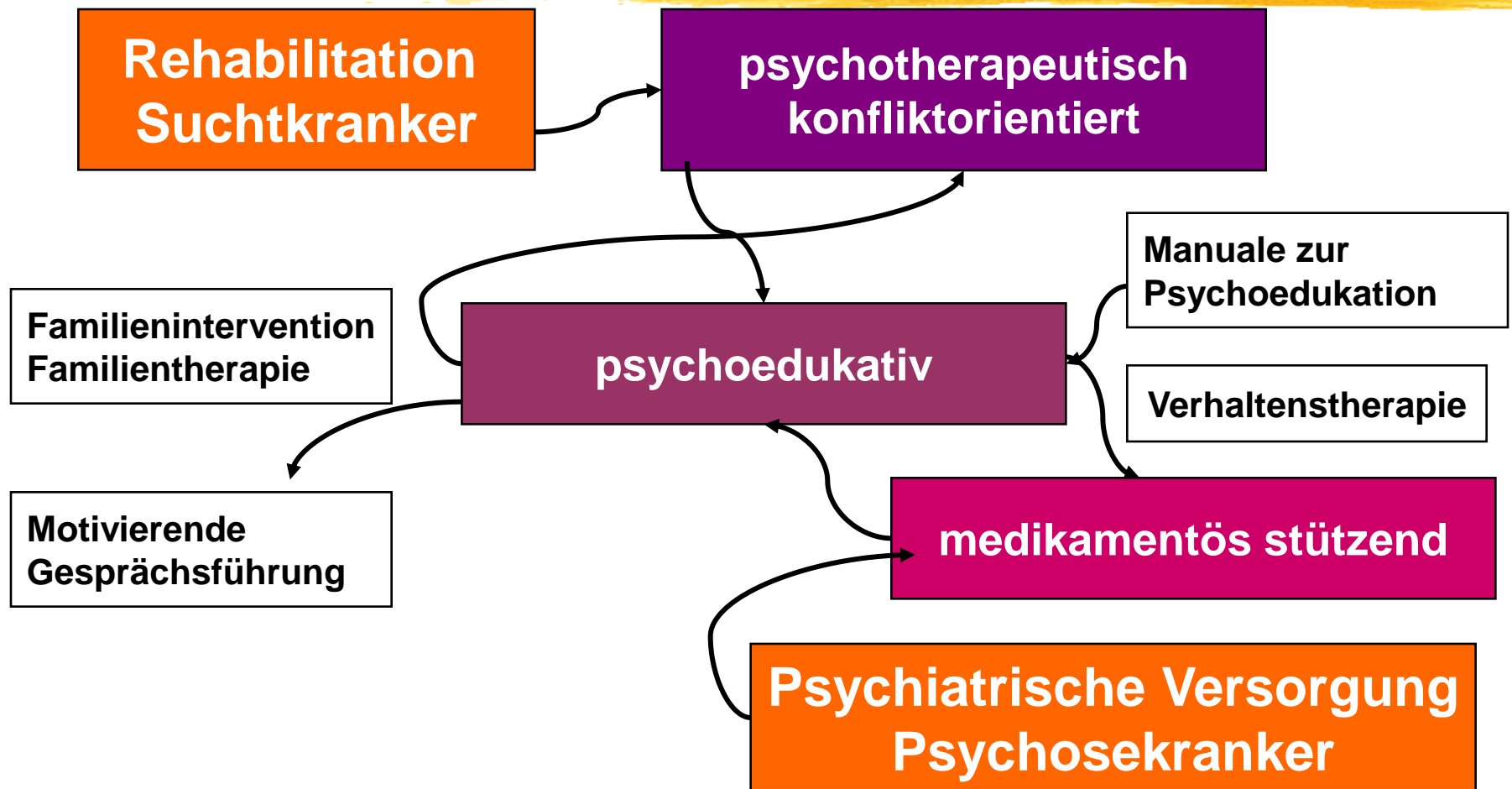
Psychosebehandlung

- gewährend, beschützend**
- fürsorglich**
- Schutz vor Überforderung**
- individuell**
- längerfristig neuroleptische
Behandlung**
- Missbrauch als
Nebenthema**
- sporadische Überwachung**

Suchttherapie

- konfrontierend**
- realitätsnah**
- gruppenorientiert**
- Verzicht auf Medikation**
- Abstinenzforderung**
- systematische Überwachung**

Die meisten Behandlungseinrichtungen präferieren ein integriertes Behandlungsprogramm



Therapeutisches Setting:



- Sequenziell
- Paralell
- Oder integriert?
- Abstinenzfördernd oder abstinenzorientiert?
- Ambulant und / oder stationär?

Spezifische Behandlungsprogramme



Inzwischen liegen viele evaluierte und manualisierte Therapieprogramme zur Behandlung von Doppeldiagnosen vor:

Beispiele im deutschsprachigen Raum:

- Psychoedukation Schizophrenie und Sucht Manual (D Amelio et.al 2006)
- Psychoedukatives Training KomPAKT (Gouzoulis Mayfrank 2007) Köln
- Skills Training – KomPASS (Gouzoulis Mayfrank 2007) Köln
- Integriertes Psychotherapieprogramm (Moggi 2007) Bern

Manualisierte Therapieprogramme



Schwerpunkt im ambulanten Sektor

Ziele:

- Stabilisierung der psychiatrischen Symptomatik
- Förderung der Abstinenzmotivation ohne Abstinenzforderung
- Förderung von Alltagsfertigkeiten
- Einstieg in das soziale und berufliche Umfeld

Elemente und Methoden:

- Behavioral übende und kognitive Elemente
- Gruppensetting -

Daten aus der Praxis

Vergleich:

***comorbide versus nicht-comorbide
Klienten***

Zeitraum: 01.05.1990 - 31.12.2004

N = 1695 (Comorbide = 793 (47 %))

Übersicht

Komorbide Klienten im Vergleich zu Klienten ohne psychiatrische Zusatzdiagnose....

- sind häufiger unverheiratet*
- sind eher allein stehend*
- sind häufiger kinderlos*
- sind gebildeter*
- haben weniger Schulden*
- befinden sich vor der Therapie eher im Krankenhaus und weniger in Haft*
- befinden sich häufiger freiwillig in Behandlung (ohne gerichtliche Sanktionen)*
- verstoßen seltener gegen das BtmG und haben weniger Haft Erfahrung*

Übersicht

- *betrachten Heroin weniger und Haschisch mehr als ihre Hauptdroge*
- *absolvieren häufiger stationäre Entgiftungen*
- *sind häufiger in psychiatrischen ambulanten oder stationären Behandlungen*
- *werden vorwiegend medikamentös mit Neuroleptika behandelt*
- *werden seltener disziplinarisch entlassen und beenden die Therapie häufiger regulär*
- *werden seltener rückfällig während der Therapie*

Kasuistik Herr M., 32 Jahre



In ambulanter psychotherapeutischer Behandlung seit 25.10.2011, vermittelt durch Freundin, Psychiatrieschwester

Diagnosen:

Schizoaffektive Psychose, multipler Substanzmißbrauch / alle Drogen außer Heroin
10 stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken, 1. Aufenthalt 1998, zuletzt April 2011

Familie:

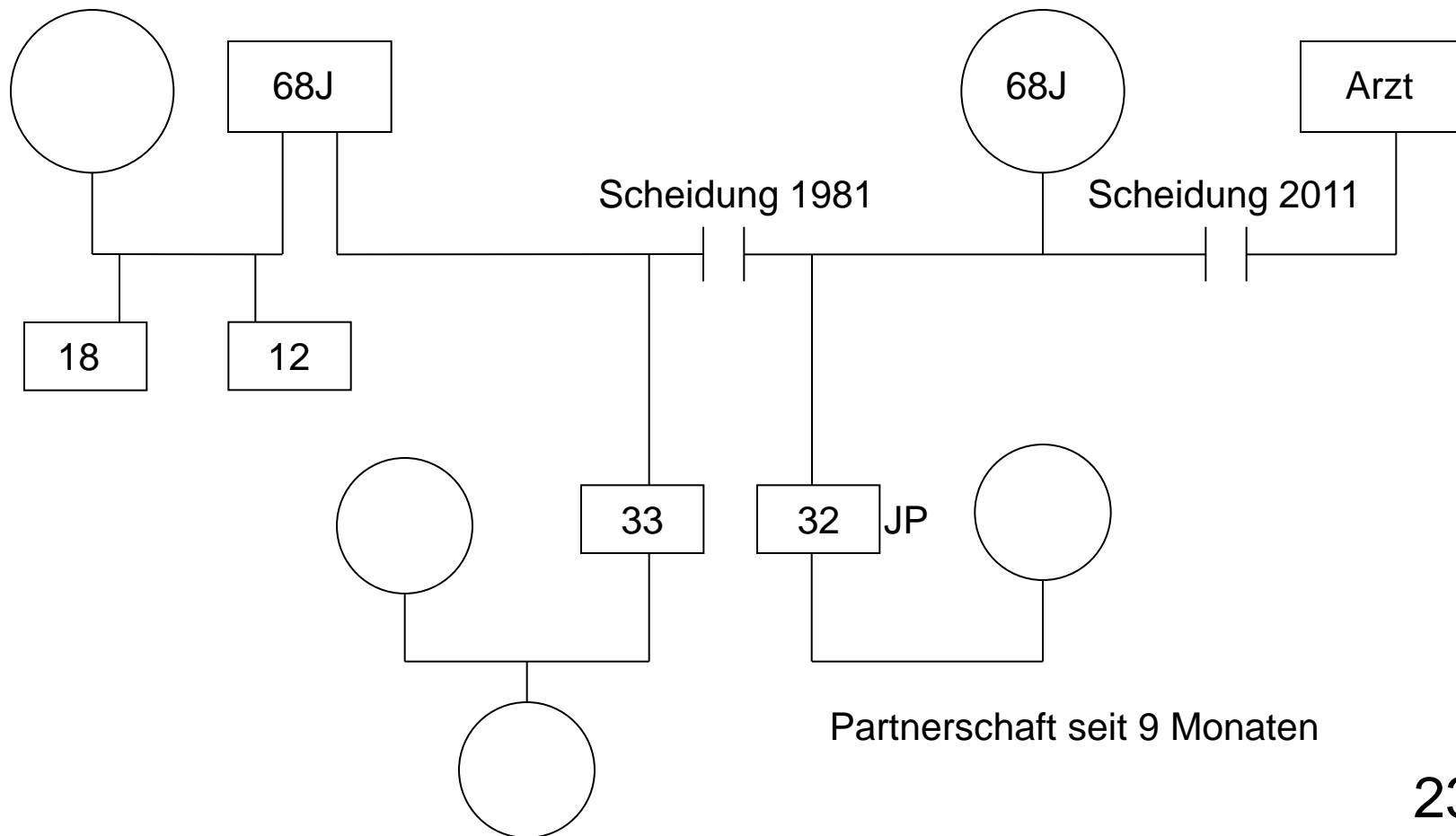
Vater Psychiater, Mutter Zahnärztin (alkoholabhängig), Scheidung 1981
Bruder 2 Jahre älter, Chirurg, verh.

Eigenanamnese:

Gymnasium, 9. Klasse, kein Abitur, keine Berufsausbildung, längste berufliche Tätigkeit 1 ½ Jahre als Barkeeper
letzter Drogenkonsum Weihnachten 2011, Amphetamine
Alkoholkonsum 2 – 4 Bier pro Abend
erster Drogenkonsum mit 15 Jahren, Haschisch mit Bruder

Genogramm

Psychiaterin



Kasuistik Herr H., 59 Jahre



In psychotherapeutischer Behandlung seit 13.01.2012

Diagnose:

Alkoholabhängigkeit F 10.1 und Hypomanie? F 30.0

Alkoholanamnese:

Trinkt seit 1973, auffällig seit 2003

Medizinische Reha 2006, letzte Entzugsbehandlung November 2011

2 Gespräche mit Ehefrau, Coabhängig

1 Gespräch mit ihr alleine

Alltagserfahrungen aus der Praxis zum ätiologischen Streit



Zur Funktion der Sucht bei Menschen mit Psychose

Es ist auch eine Frage des Standpunktes und der Bewertung:

1. Die meisten Patienten – insbesondere die jüngeren – möchten eher drogenabhängig sein als verrückt
2. Die Fachleute interessieren sich eher für deren Verrücktheit

Vielen Dank für die Einladung